



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ**



ESTUDIO DE CASO:

**PREESCOLAR CON DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE
OXIGENACIÓN SECUNDARIA A COMPLICACIONES POR
MEDULOBLASTOMA**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA INFANTIL**

PRESENTA:

L.E.O. Salinas Uribe María del Carmen Leticia

ASESOR:

E.E.I. Maricela Cruz Jiménez



Enero 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

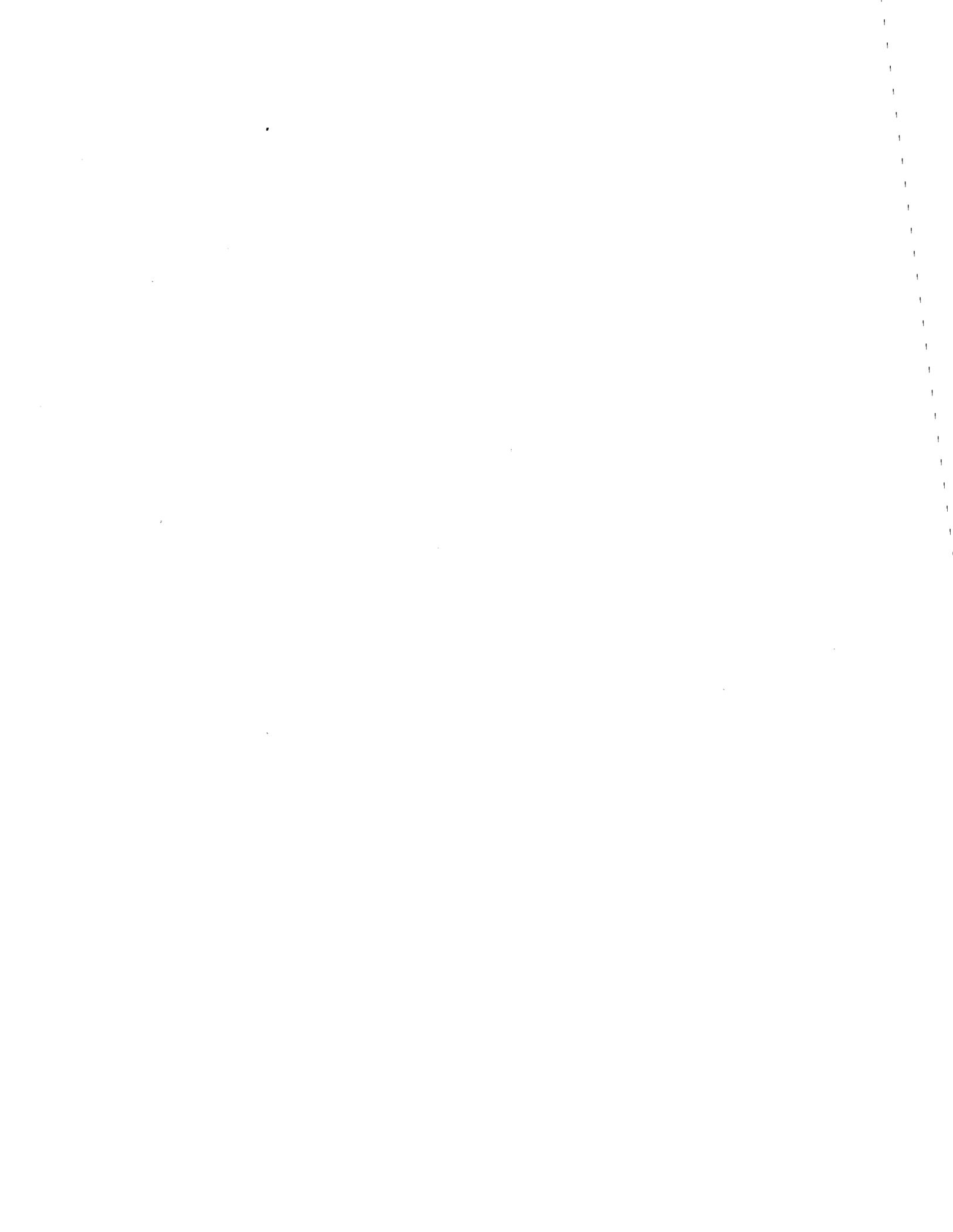


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INDICE

PAGINA

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

I. MARCO TEORICO

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS.....	1
1.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	10
1.3 VIRGINIA HENDERSON.....	23
1.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL CUIDADO.....	40
1.5 MEDULOBLASTOMA COMO FACTOR DE DEPENDENCIA...	46

II. METODOLOGÍA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	54
2.2 METODOS E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN.....	59
2.3 PROCESO DEL DIAGNÓSTICO.....	60
2.4 PLANEACIÓN.....	65
2.4.1 PLAN DE ALTA.....	139

III. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS..... 141

IV. BIBLIOGRAFIA..... 143

V. ANEXOS

5.1 HISTORIA CLÍNICA.....	148
5.2 HOJA DE REPORTE DIARIO.....	165
5.3 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	167
5.4 TRIPTICO DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL.....	168



INTRODUCCIÓN

Para el profesional de enfermería se hace sumamente importante la aplicación del proceso del cuidado de enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson, la cual sigue una metodología que permite identificar y satisfacer necesidades y resolver problemas de salud que afecten al ser humano en su contexto, familia y comunidad.

El Proceso Atención de Enfermería también busca la satisfacción de las necesidades de la persona, por lo que para la realización del presente trabajo se persigue la complementación de ambas. Esta investigación comprende 5 capítulos, marco teórico, metodología, conclusiones y sugerencias, bibliografía y anexos.

La primera parte comienza con el análisis de diversos casos clínicos en los cuales tienen como referencia el Proceso Atención de Enfermería y la teoría de Virginia Henderson, se revisaran 12 casos que fueron elaborados en diferentes edades pediátricas, esto sirvió de base para la elaboración del marco teórico, enseguida se hablara de las etapas que comprenden dicho proceso y cómo se llevan a cabo, más adelante se abordara la propuesta filosófica de Virginia Henderson, sus principales conceptos y la relación entre el Proceso Atención de Enfermería y su filosofía.

Se tocarán también aspectos éticos que rigen la conducta de los profesionales de enfermería, así como el decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. Enseguida se ahondará en el meduloblastoma como factor de dependencia, concepto, tratamiento, epidemiología y pronóstico.

Para el desarrollo de la metodología se realizará una descripción detallada del caso en estudio, la valoración focalizada de las 14 necesidades, para lo

que será utilizado un formato específico, así como un instrumento de valoración de acuerdo a la edad, en el que se recabará la información obtenida de las fuentes primarias y secundarias. Se elaborarán diagnósticos de enfermería utilizando el formato Problema, Etiología, Signos y Síntomas (P.E.S), además de diagnósticos incluidos en la NANDA.

Posteriormente se realizará la planeación de los cuidados de enfermería, estos se encuentran contenidos en el plan de intervenciones de cada necesidad.

En el tercer apartado se abordarán las conclusiones y sugerencias de la realización del estudio de caso, seguido de la bibliografía, y los anexos en los que se encontrarán los formatos utilizados para recabar la información, el consentimiento informado y el tríptico elaborado por el alumno.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Aplicar el Proceso Atención de Enfermería con la propuesta teórica de Virginia Henderson en un precolar con dependencia en la necesidad de oxigenación secundaria a complicaciones por meduloblastoma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Realizar la valoración focalizada de las 14 necesidades en un precolar con dependencia en la necesidad de oxigenación secundaria a complicaciones por meduloblastoma.
- ❖ Elaborar diagnósticos de enfermería derivados de las fuentes de la dificultad que se hayan detectado.
- ❖ Elaborar plan de intervenciones especializado tomando en cuenta al paciente y su familia en el área de hospitalización y en el hogar.
- ❖ Realizar la evaluación, basada en los objetivos propuestos.



I. MARCO TEÓRICO

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo la revisión de 12 casos, los cuales tuvieron como base teórica la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería, estos casos se realizaron en diferentes edades pediátricas. A continuación, se presenta cada uno de ellos.

Comenzaremos el análisis con un caso centrado en un paciente pediátrico masculino de 34 días de edad el cual se encontraba hospitalizado en el servicio de cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología, para la realización de ese trabajo fue utilizado el Proceso Atención de enfermería y un formato de valoración elaborado en base a modelo de Virginia Henderson.

Para la elaboración de los diagnósticos se utilizó formato PEES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas), así como etiquetas diagnosticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Mediante las intervenciones realizadas lograron disminuir el grado de dependencia del paciente, confirmando así que el modelo de Virginia Henderson favorece la identificación de necesidades reales y potenciales las cuales permiten mejorar la calidad de vida y por ende la satisfacción de las necesidades del individuo¹.

El siguiente análisis de estudio fué realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en el que la base teórica fue el modelo conceptual de Virginia Henderson en conjunto con el Proceso Atención de Enfermería, para la obtención de los datos se solicitó el consentimiento informado a los padres.

¹ Carreño R.A. Revista Mexicana de enfermería cardiológica. Vol. 19. Núm. 3 Septiembre-Diciembre 2011 pp 105-113

Lograron identificar las necesidades alteradas y realizaron diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar, por lo que las conclusiones a las que llegaron son que el estudio de caso constituye un método eficaz de integración de la teoría y la práctica para analizar las respuestas humanas y que basados en el modelo de Virginia Henderson permite valorar e intervenir en necesidades poco estudiadas como la de realización en el binomio madre-neonato.

Los resultados que se obtuvieron fueron favorables para este binomio ya que fueron egresados a su domicilio sin complicaciones².

Enseguida analizaremos el caso de una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único, la cual se encontraba en el Hospital Infantil de México en el momento de la realización de ese estudio de caso, de igual manera se basó en el modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se realizó la valoración a través de instrumentos proporcionados por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO)

Elaboraron diagnósticos de enfermería reales y potenciales y diseñaron planes de cuidado especializados, por lo que consideraron que el objetivo planteado se logró ya que la metodología sugerida fue aplicada y fue posible afirmar que esta propuesta teórica se puede aplicar fácilmente a los pacientes pediátricos independientemente de la patología que ellos tengan³.

A continuación, se analiza el trabajo realizado en el servicio de urgencias del Hospital Infantil de México en el que se tomó en cuenta a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura, la metodología aplicada

² Martínez C, Romero G. Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM Vol. 12. Núm. 3 Noviembre-Julio 2015 pp.160-170

³ Alvarado P, Cruz M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM Vol. 10. Núm. 3 Abril-Junio 2013 pp. 105-111

fue el modelo de las 14 necesidades en conjunto con el proceso enfermero, mediante la obtención de datos elaboraron diagnósticos apoyados en la taxonomía NANDA además del formato PEES y la taxonomía NIC para la elaboración del plan de intervenciones.

La conclusión a la que se llegó al término de este estudio de caso fue que la propuesta de Henderson aplicado en forma conjunta con el Proceso Atención de Enfermería, ayuda a los pacientes a lograr su independencia y a mejorar la calidad de los cuidados⁴.

Analizando el caso en el que se habla de un lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita nos damos cuenta que la metodología utilizada es el proceso enfermero con el enfoque de Virginia Henderson, se solicitó el consentimiento informado de la madre, para la valoración de enfermería utilizaron un formato para la evaluación de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años del INP (Instituto Nacional de Pediatría).

Elaboraron diagnósticos enfermeros, planearon y ejecutaron intervenciones especializadas, por lo que llegaron a la conclusión que el proceso enfermero es el método ideal para la detección oportuna de las necesidades humanas alteradas, lo cual permite establecer intervenciones que garantizan una atención segura y cálida en el entorno del ser humano⁵.

Enseguida se hablará del proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en el que se utilizó además de dicho proceso el modelo conceptual de Virginia Henderson en el que se

⁴ Hernández T.A. Cuidado de enfermería a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura. Revista CONAMED. Vol. 16. Suplemento de enfermería 2011

⁵ Díaz B.E. Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundarias a cardiopatía congénita. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 19. Núm. 2 Mayo-Agosto 2011 pp. 74-79

priorizan las necesidades. Para la formulación de los diagnósticos hicieron la revisión teórica de Regina Waldow, así establecieron problemas reales y potenciales.

Se obtuvo el consentimiento informado por parte de la madre. A pesar de que los cuidados se brindaron sólo en un 70% de su totalidad el proceso del cuidado les permitió brindar, promocionar y optimizar estilos de vida saludables en la niña con la ayuda de la familia, para alcanzar su bienestar⁶.

Enseguida se analiza el trabajo fundamentado en la teoría de Virginia Henderson aplicando el proceso de enfermería a un paciente con leucemia linfoblástica el cual presenta complicaciones cardíacas, para este investigador estas 2 herramientas son fundamentales para todo profesional de enfermería ya que permite ofrecerle a la persona cuidados propios e individualizados.

Esta investigación fue cualitativa y exploratoria, se realizaron diagnósticos de enfermería lo que permitió implementar acciones que ayudaron a resolver los problemas de salud del paciente en cuestión. Esto nos demuestra que los profesionales de enfermería cuentan con un sustento teórico para la valoración de las necesidades de cada individuo, en este caso tomando a Virginia Henderson como base⁷.

Se hablara en este momento sobre el trabajo realizado acerca de un preescolar con neumonía bilateral el cual fuè fundamentado en la teoría de Virginia Henderson, además se utilizó la valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon, esto les permitió hacer una valoración exhaustiva de las necesidades

⁶ Ángeles O.Y. Barreto Q, Bolaño H. Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, Hospital de Chiclayo, Perú. Revista Herediana 2010 pp 43-48

⁷ Rivero W, Reina R. Aplicación del proceso de enfermería a paciente con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda complicado con endocarditis infecciosa fundamentado en la teoría de Virginia Henderson. Hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga Carabobo. Revista electrónica PortalesMedicos.com 2011

alteradas para poder elaborar un plan de cuidados acorde a esas necesidades y por consiguiente hacer las intervenciones necesarias para lograr la independencia del paciente, además se vio la importancia de integrar a la familia al cuidado del mismo.

Esta investigación nos permite identificar cuán importante es que el profesional de enfermería lleve a cabo una valoración exhaustiva de los pacientes ya que esto nos va a permitir delimitar el daño y capacitar al cuidador primario para que proporcione cuidados de calidad en el hogar⁸.

Se abordara enseguida a una adolescente con la necesidad de seguridad y protección alterada, este caso fue reportado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez y plantea el reto diario que el profesional de enfermería enfrenta para otorgar unos cuidados especializados ya que esta tarea no es fácil, pero mediante la utilización de una metodología específica como lo es la implementación del proceso atención de enfermería orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson este reto se hace un poco más factible de llevar a cabo.

Para ese trabajo se contó con varias herramientas que facilitaron su realización como lo es la taxonomía de la NANDA para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, así también como el formato PEES, todo esto no podría ser posible sin el consentimiento informado del cuidador primario, cabe mencionar que su colaboración fué fundamental para la realización de esta investigación.

Nuevamente queda demostrado que la aplicación del proceso de atención de enfermería con una base teórica permite que el personal de enfermería otorgue

⁸ Josdi U, Morillo B. Cuidados de enfermería a preescolar con neumonía bilateral fundamentado en la teoría de Virginia Henderson. En la unidad de pediatría del IVSS "Dr. José María Carabaño Tosta", de Maracay Estado Aragua. Revista electrónica PortalesMedicos.com 2013

una atención personalizada a cada paciente ya que nos permite ver al individuo como un todo⁹.

Continuando con el análisis, para el cuidado de enfermería del siguiente caso tomaron en cuenta a un adolescente de 14 años residente de Nayarit, hospitalizado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez en el 2009, en el servicio de cardiopediatría.

El estudio fue realizado en base a las necesidades de Virginia Henderson, en el cual se consideró al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir su independencia. El análisis de las principales necesidades humanas alteradas permitió elaborar los diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía de la NANDA, para lo cual el tipo de valoración que utilizaron fue focalizado.

Los resultados que obtuvieron fueron satisfactorios, las intervenciones proporcionadas fueron realizadas en tiempo y forma y así cumplieron sus objetivos, además que vieron la importancia de identificar los datos objetivos y subjetivos de este padecimiento, la utilización de la metodología permitió establecer el estado de salud, causas de dependencia, nivel de relación y el plan de cuidados de enfermería¹⁰.

Para conocer los cuidados de un paciente pretérmino se analiza el caso de una recién nacida prematura de 27 SDG y 420 gr de peso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia España.

⁹ Gaona Y, Cruz M. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol. 9. Núm. 2. Abril-Junio 2012

¹⁰ Mondragón R.A y Macín G.G Proceso Enfermero de un Adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de deleción 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 18 (2010) (3) 82-86

Aplicaron un plan de cuidados individualizado basados en el modelo de Virginia Henderson, tanto a la niña como a los padres, también utilizaron los diagnósticos de la NANDA, las intervenciones según la clasificación de intervenciones de enfermería y los resultados esperados según la clasificación de resultados de enfermería. Para la valoración inicial utilizaron los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Los resultados esperados fueron favorables ya que gracias a la implementación de este plan se suplieron las necesidades de la recién nacida y fueron modificando este plan conforme a las necesidades de la bebé y reevaluada conforme a las necesidades que iban surgiendo, el seguimiento fue continuo aún después de su egreso hospitalario, las necesidades fueron cubiertas en su totalidad y los objetivos alcanzados¹¹.

Para concluir el análisis se aborda la salud de una adolescente de 13 años de edad, que cursa con un embarazo de 27 SDG, con la necesidad de comunicación alterada. La cimentación de este caso es el proceso atención de enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson, para la elaboración de los diagnósticos utilizaron el lenguaje estandarizado de la NANDA, NIC, NOC y los planes estandarizados (PLACE's)

Las conclusiones están dirigidas solamente hacia la importancia de la utilización del proceso y su interrelación con el modelo conceptual de Henderson y sobre la importancia de mayor apoyo para los profesionales en enfermería¹².

Parece que las sugerencias y las aportaciones que realizan en estos estudios de caso son muy importantes: la difusión y aplicación del modelo de Virginia

¹¹ Pastor R.J.D Recién Nacido prematuro: a propósito de un caso. Revista Enfermería clínica 20 (4)(2010) 255-259

¹² Maas G.L y Dorantes P. Proceso de Enfermería en Adolescente embarazada con el Referente Teórico de Virginia Henderson. Desarrollo Científico en Enfermería 18 (3)(2010) 131-134

Henderson y por supuesto la utilización del proceso ya que es un método científico que debe guiar los cuidados que se están proporcionando. Las valoraciones que se realizaron fueron adecuadas, además de que se recalca la importancia de una buena exploración física, ya que de ella se desprenden todas las necesidades que pueda tener el paciente, y así llevar a cabo las intervenciones que nos permitan mejorar ese grado de dependencia.

Dado que la enfermera juega un papel muy importante en el cuidado del paciente, se debe utilizar el plan de intervenciones como una herramienta básica para el ejercicio de la profesión ya que este permite evaluar y jerarquizar las necesidades de los pacientes y con ello garantizar una atención de calidad, pero también hay que recordar que las necesidades no son estáticas, que todo el tiempo están cambiando y por ello se debe ir modificando conforme a las necesidades que el paciente demande.

Hay que recordar que si bien es cierto los cuidados van dirigidos en la mayoría de las veces a las personas enfermas, y que se olvidan de los cuidadores, se debe retomar esa orientación de ayuda que caracteriza a la profesión de enfermería y recordar que las 2 partes necesitan del cuidado de enfermería, sin dejar de lado a los demás miembros del equipo multidisciplinario, se debe buscar su apoyo ya que de esa manera la recuperación de la independencia de los pacientes será más pronta.

Además, se recalca, la importancia de ver al ser humano como un ser único e irrepetible que tiene 14 necesidades y que cuando pierde su independencia necesita de los cuidados para lograr una mejoría y volver a ser independientes.

Hay que recordar también que el cuidado debe ser continuo, además que los objetivos deben plantearse a corto, mediano y largo plazo, para así poder evaluarlos de la mejor manera posible, es sabido también que en la

jerarquización de las necesidades, la persona que realiza la evaluación toma en consideración los problemas más apremiantes.

Es de recordar la importancia de mantener la integridad e individualidad de cada paciente, ya que cada uno de ellos tiene diferentes necesidades, además de las características propias de la edad y del padecimiento. También es importante que el personal de enfermería tenga el compromiso profesional de conocer los signos y síntomas que presentan los pacientes a su cargo para que pueda brindar una atención oportuna y de calidad y con esto llevar hacia la independencia al paciente.

Para concluir, es imprescindible conocer cuál fué el resultado de las intervenciones para saber si fueron efectivas o es necesario modificarlas, por supuesto que es importante seguir aplicando esta metodología para conseguir un mayor dominio del mismo, ya que se facilita la detección de las necesidades que todo ser humano tiene. Hay que recordar que el que necesita ayuda y el que la da, trabajan juntos.

Es de suma importancia conocer de qué manera está conformado el proceso atención de enfermería, por lo que en el siguiente capítulo será abordado ampliamente.

1.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. Dicho proceso ha evolucionado hasta tener cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión¹³.

La expresión proceso de enfermería se refiere a la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al planificar y proporcionar la asistencia que brinda. Este tiene como elementos esenciales el ser planificado, centrado en el paciente, orientado a problemas y dirigido a metas definidas. El término paciente se utiliza aquí para referirse a quien recibe los cuidados, y que puede ser un individuo, una familia o comunidad¹⁴.

El proceso enfermero es:

Sistemático.

Dinámico.

Humanístico.

Centrado en los objetivos¹⁵.

Interactivo.

Flexible¹⁶.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, de la

¹³P.W. Iyer, B.J. Taptich y D. Bernocchi-Losey, Proceso y diagnóstico de Enfermería (3ª) México. McGraw-Hill Interamericana (original en inglés,1997) (1997) pág. 9

¹⁴Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica (4ª) México. McGraw-Hill Interamericana (original en inglés 2000) (2001) pág. 57-58

¹⁵ Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración (5ª) Barcelona España Elsevier Masson. (2003) Pág. 4

¹⁶ Phaneuf, M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros (1ª) México McGraw-Hill Interamericana (original en Francés 1996) (1999) pág. 58

familia y de la comunidad¹⁷. El proceso de cuidados se dirige además a coordinar el trabajo del equipo de cuidados. Un plan de cuidados bien organizado permite saber que hay qué hacer, cuándo hay que hacerlo y quién debe hacerlo. Este plan facilita la continuidad de los mismos.

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de cuidados supone también unas ventajas profesionales importantes:

- Pone de manifiesto la contribución de la enfermera a los cuidados preventivos y curativos.
- Contribuye al desarrollo de todo un abanico de conocimientos propios de los cuidados de enfermería y favorece las intervenciones autónomas.
- Permite a la enfermera ejercer un mayor control sobre su trabajo. Una planificación bien estructurada le proporciona unas directrices claras, basadas en su propia identificación de la dificultad, a partir de sus conocimientos y organizadas en función de lo que ella puede hacer en el marco legal de su profesión.
- Puede servir como instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados y de la carga de trabajo¹⁸.

El proceso de enfermería se compone de cinco fases: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación.

VALORACIÓN

La 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 cliente¹⁹.

¹⁷ P.W. Iyer. Op cit. Pag.11

¹⁸ Phaneuf M. Op cit pág. 55-58

FASES DE LA VALORACIÓN

- Recogida de datos.
- Validación (verificación) de los datos.
- Organización de los datos.
- Identificación de patrones/comprobación de las primeras impresiones.
- Informe y anotación de los datos²⁰.

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos²¹.

Hay cuatro clases distintas de valoración: inicial, focalizada, de urgencia y después de un tiempo. Estas clases varían según su finalidad, oportunidad, tiempo disponible y estado del cliente.

MÉTODOS DE VALORACIÓN. Los principales métodos empleados para la valoración del cliente son la observación, las entrevistas y las exploraciones.

LA OBSERVACIÓN. Observar es reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado.

La observación tiene dos aspectos: a) reconocer los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos (o sea, percibiéndolos)²².

ENTREVISTA. La entrevista tiene cuatro objetivos en el contexto de una valoración de enfermería: (1) le permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación; (2) facilita su relación con el

¹⁹ P.W. Iyer, Op cit. pág. 35

²⁰ Alfaro-LeFevre R. Op cit. Pág.36

²¹ P.W. Iyer, Op cit pág 36-38

²² Koziar B. Op cit. Pág 97-98

cliente creando una oportunidad para el diálogo; (3) permite al cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos, y (4) le ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración²³.

Hay dos sistemas de entrevista: el dirigido y el no dirigido.

Las **preguntas cerradas**, usadas en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente sólo requieren respuestas cortas para obtener datos específicos.

Las **preguntas abiertas** propias de la entrevista no dirigida, son las que se dirigen o invitan al cliente a descubrir y a profundizar en sus ideas y sentimientos.

Una **pregunta neutra** es una pregunta que el cliente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta.

Una **pregunta inductora** orienta la respuesta del cliente.

Cada entrevista y su contexto están influidos por el tiempo, el lugar y la disposición de los asientos.

Tiempo. Las enfermeras deben programar las entrevistas de los clientes hospitalizados cuando esos clientes están bien físicamente y no tienen dolores, sabiendo que no habrá interrupciones por parte de los amigos, familia y otros profesionales sanitarios, o que éstas serán mínimas.

Lugar. El lugar de la entrevista debe tener la intimidad adecuada para fomentar la comunicación. Una habitación bien iluminada, bien ventilada, de tamaño mediano, sin ruidos, movimientos, ni interrupciones favorece la comunicación. Además, es deseable un lugar donde los demás no pueden oír ni ver al cliente.

Distancia. La distancia entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser ni muy grande ni muy pequeña, porque la gente se siente incómoda hablando con alguien que está demasiado cerca o demasiado lejos. La mayoría de la gente, se siente cómoda manteniendo una distancia de 90 a 122cm durante una

²³ P.W. Iyer. Op cit. Pág 54

entrevista²⁴. La entrevista consta de tres segmentos: introducción, cuerpo y cierre²⁵.

EXPLORACIÓN FÍSICA. La exploración física y la recogida de datos diagnósticos y de laboratorio implican la obtención de información observable y objetiva no distorsionada por las percepciones del cliente. La exploración física consiste en tomar las constantes vitales y otras mediciones y el examen de todas las partes del cuerpo usando técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfato.

DATOS DIAGNÓSTICOS Y DE LABORATORIO. La fuente final de datos para la valoración es el resultado de las pruebas diagnósticas y de laboratorio.

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN. Para prevenir errores, la enfermera valida y verifica cualquier inferencia o suposición. La validación se logra comparando datos con otra fuente.

AGRUPACIÓN DE DATOS. Después de la recolección y validación de los datos objetivos y subjetivos y de su interpretación, la enfermera organiza la información en grupos significativos. Esto depende del reconocimiento de las claves significativas. Durante la agrupación de datos, la enfermera los reconoce y concentra su atención en las funciones del cliente que precisan apoyo o ayuda para su recuperación. El siguiente paso consiste en formar diagnósticos enfermeros a partir de los datos agrupados para desarrollar intervenciones enfermeras específicas para el cuidado del cliente²⁶.

²⁴ Kozier B. Op cit. Pág 98-101

²⁵ P.W. Iyer. OP cit. Pág 54

²⁶ Potter P.A. y Griffin P.A (SA) Fundamentos de Enfermería (5ª) (1) Barcelona, España, Harcourt/Oceano Pág 316-318

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Después de haber recabado los datos y organizado los cuidados más urgentes, la enfermera debe preguntarse lo que queda por hacer para conseguir que la persona progrese hacia un mayor bienestar y evolucione hacia una mayor independencia en la satisfacción de sus necesidades. Es importante recordar que la independencia es la finalidad última del modelo de Virginia Henderson. No obstante, para conseguir que la persona cuidada progrese, la cuidadora afrontará dificultades mucho más importantes que las que ha percibido en el primer nivel de la etapa de análisis e interpretación. Debe, pues, organizar un proceso de resolución de problemas como es debido, es decir, completar el proceso de cuidados.

El diagnóstico enfermero es el resultado de la segunda etapa del proceso de cuidados. Consiste en un sencillo y preciso que describe la respuesta de una persona o de un grupo a una experiencia del ciclo vital o a un problema eventual o presente que concierne a la salud física o psicológica, o a una dificultad de adaptación social.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON FORMATO P.E.S

Manejo del formato PES

P Problema: Etiqueta diagnóstica

E Etiología: Relacionado con (R/C)

S Signos y Síntomas: manifestado por (M/P)

COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Un diagnóstico enfermero consta de tres componentes: 1) el enunciado del problema, 2) la etiología y 3) las características definitorias. Cada uno de ellos sirve para un fin concreto.

Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica). Describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los cuales se está administrando el tratamiento de enfermería. Describe su estado de salud con claridad y es conciso. El fin de la etiqueta diagnóstica es guiar la elaboración de objetivos del paciente y de criterios de resultado. También puede sugerir algunas intervenciones de enfermería.

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo). El componente etiológico del diagnóstico identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención al paciente. En la etiología pueden incluirse los comportamientos del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos.

Características definitorias. Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. En el caso de los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de lo “normal” al problema²⁷.

COMPONENTES DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Un diagnóstico de enfermería está formado por dos enunciados unidos por la frase “relacionado con”. El diagnóstico comienza con la determinación de la respuesta humana que preocupa al cliente. También incluye los factores que contribuyen a la presencia de la respuesta en el individuo. Los diagnósticos de enfermería reales tienen factores relacionados como segundo enunciado de la exposición, mientras que los diagnósticos de alto riesgo tienen factores de riesgo.

²⁷ Kozier B. Op cit. Pág 117-119

DIRECTRICES PARA LA REDACCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1. Escriba el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente, en lugar de las necesidades de enfermería.
2. Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
3. Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
4. Redactar los diagnósticos sin juicios de valor.
5. Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
6. Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico.
7. Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.
8. Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
9. No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
10. Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa²⁸.

PLANIFICACIÓN

Tercera etapa del proceso de cuidados. La planificación de los cuidados consiste en establecer un plan de acción, en prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida²⁹.

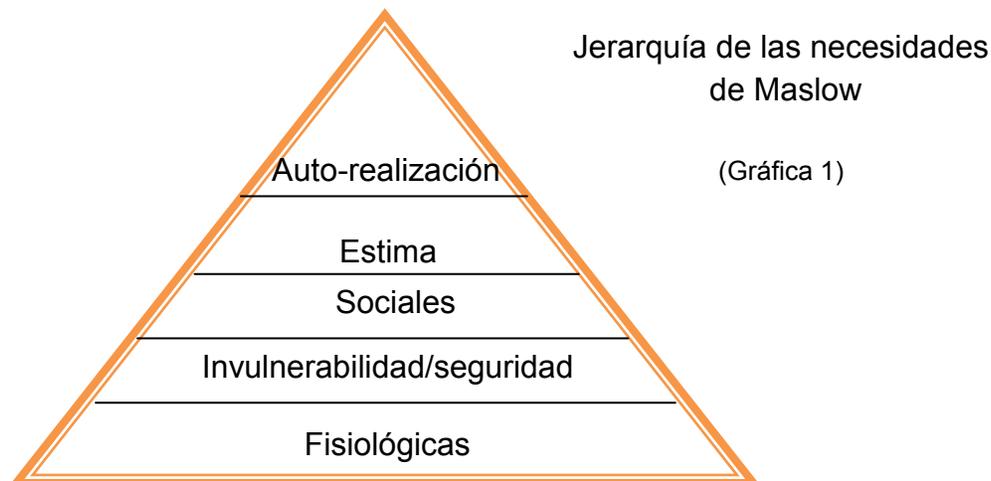
²⁸ P.W. Iyer. Op cit. Pág. 124-143

²⁹ Phaneuf, M. Op cit. Pág 182

El componente de planificación del proceso de enfermería consta de cuatro etapas:

Establecimiento de prioridades

Una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales que exigen una actuación de enfermería. El desarrollo de un plan que incorpore todas esas características puede ser poco realista o imposible de manejar. Por tanto, se debe establecer un sistema para determinar qué diagnóstico o diagnósticos se abordarán primero. El mecanismo más habitual es la jerarquía de necesidades humanas, desarrollada por Maslow (1943³⁰). (Ver gráfica 1)



Tomado de P.W. Iyer, B.J. Taptich y D. Bernocchi-Losey (1997) Proceso y diagnóstico de Enfermería (3ª) México. McGraw-Hill Interamericana (original en inglés, 1997)

Los objetivos de cuidados: segunda parte de la planificación

La segunda etapa de la planificación consiste en fijar unos objetivos que indiquen lo que podrá hacer la persona y cuáles deberían ser los resultados como consecuencia de las intervenciones.

³⁰ P.W. Iyer. Op cit. Pág 158

El objetivo depende de la persona cuidada y no de la enfermera, puesto que es la misma persona la que debe llevar a cabo las acciones para alcanzar el estado deseado.

Las intervenciones: tercera parte de la planificación

Las intervenciones representan toda acción que realiza la enfermera, toda actitud o comportamiento que adopta o que trata de desarrollar en la persona, en el marco de sus funciones profesionales, buscando el mayor bienestar de la persona cuidada³¹.

TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Intervenciones interdependientes. Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

Intervenciones independientes. Son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia³².

Intervenciones de cuidados directos. Acciones realizadas mediante interacción directa con el cliente.

Intervenciones de cuidados indirectos. Acciones realizadas lejos del cliente, pero en beneficio de éste o de un grupo de clientes³³.

Documentación del plan: cuarta parte de la planificación

³¹ Phaneuf, M. Op cit. Pág. 184-186

³² P.W. Iyer. Op cit. Pág 187

³³ Alfaro-LeFevre R. Op cit. pág 142

Es la fase final de la planificación, es el registro de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada.

DIRECTRICES PARA LA DOCUMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1. Las intervenciones de enfermería deben llevar la fecha y la firma.
2. Las intervenciones de enfermería deben incluir verbos de acción concretos y nombrar actividades concretas para conseguir los objetivos esperados.
3. Las intervenciones de enfermería deben definir quién, qué, dónde, cuándo, cómo y con qué frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

En la actualidad se utilizan varios tipos diferentes de planes de cuidados. Los más utilizados son los planes contruidos de forma individualizada, los estandarizados, los computarizados y los multidisciplinarios.

Forma individualizada. Los planes escritos se documentan desde el principio en formularios divididos en columnas con los encabezamientos habituales de diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones.

Estandarizado. Consisten en diagnósticos de enfermería reales, de alto riesgo o de bienestar, objetivos e intervenciones, que están impresos en un formulario de plan de cuidados. Estos planes se pueden organizar según el diagnóstico médico del cliente o el diagnóstico de enfermería. En estos, es posible la individualización mediante el uso de espacios en blanco.

Computarizado. Los elementos básicos de los sistemas de planes de cuidados (diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones) también están presentes en los planes creados por ordenador. El plan de cuidados se puede

preparar bien en una terminal en la habitación del cliente o en algún punto central. Una vez validados e introducidos los datos, se puede crear una versión impresa diariamente, en cada turno o a demanda.³⁴.

EJECUCIÓN

En el proceso de enfermería la ejecución es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados. Globalmente definida, la ejecución consiste en realizar, delegar y registrar. La enfermera realiza o delega las órdenes que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades y las respuestas de los clientes. La ejecución satisfactoria depende, en parte, de la calidad de la valoración, del diagnóstico y de la planificación que se hayan realizado. Estas tres primeras fases del proceso proporcionan la base para las acciones autónomas de enfermería llevadas a cabo durante la fase de ejecución. A su vez, la propia fase de ejecución influye sobre las verdaderas actividades de este profesional y las respuestas del cliente, que serán evaluadas en la fase final (evaluación).

Las actuaciones de enfermería se comunican verbalmente, además de por escrito.

EVALUACIÓN

Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso. En este contexto, la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en los que los clientes y los profesionales sanitarios determinan: 1) el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y 2) la eficacia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es una parte muy importante

³⁴ P.W. Iyer. Op cit. Pág 202-212

del proceso, ya que las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o cambiarse.

El proceso de evaluación tiene seis componentes:

- ❖ Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizará para determinar la consecución de objetivos (esto se realiza en la fase de planeación).
- ❖ Obtener datos relacionados con la evolución esperada.
- ❖ Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.
- ❖ Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente.
- ❖ Obtener conclusiones sobre el estado del problema.
- ❖ Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.

La evaluación de los resultados puede ser concurrente o retrospectiva. Suele llevarse a cabo comparando la evolución del cliente con la estrategia interdisciplinaria de tratamiento del caso o plan de cuidados³⁵.

Enseguida se hablará de la propuesta filosófica de Virginia Henderson y de la manera en la que se puede interrelacionar con el proceso atención de enfermería para lograr la resolución de problemas del paciente.

³⁵ Kozier B. Op cit. Pág 162-166

1.3 VIRGINIA HENDERSON

Henderson calificaba a su trabajo más de definición que de teoría, ya que las teorías no estaban en boga en aquellos tiempos. Describió su interpretación de la enfermería como una “síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas”³⁶.

Todos los organismos se comportan instintivamente para preservar su vida. En algunos, este comportamiento protector, instintivo, es suficiente y tales organismos (las formas más sencillas de vida) son independientes de sus progenitores a través de toda su existencia por separado; los organismos complejos (las formas superiores de vida) requieren de la protección y enseñanza de sus padres. Hablando en forma general, mientras más complejo sea el organismo, más prolongado será el periodo de su dependencia de los adultos.

A medida que la especie va llevando a cabo una vida comunal, o una sociedad, todos los miembros, no sólo los progenitores, pueden proteger, enseñar y nutrir a los jóvenes y proteger a los enfermos e indefensos, o se puede asignar a miembros especiales de la comunidad para que desempeñen estas funciones³⁷.

PRINCIPALES CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA

Individuo, sano o enfermo: es considerado como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales, que debe satisfacer.

Finalidad de los cuidados: Consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades.

³⁶ Phaneuf M. Cuidados de Enfermería El Proceso de Atención de enfermería. México McGraw-Hill Interamericana (1993)

³⁷ Henderson V y Nite G. Enfermería Teórica y práctica Papel de la enfermera en la atención del paciente(1) (3ª) México ediciones científicas la prensa Médica Mexicana (inglés 1978)

Rol de la enfermera: consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades. Su rol por lo tanto es de suplencia³⁸.

CONCEPTOS ESPECIFICOS DE VIRGINIA HENDERSON

Enfermería: Enfermería consiste principalmente en ayudar a las personas (sanas o enfermas) a llevar a cabo aquellas actividades que contribuyen a la salud, o a su recuperación (o bien a una muerte tranquila), las cuales podrían efectuar sin ayuda si contaran con la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Posiblemente la contribución específica de la enfermería es ayudar a las personas a que se vuelvan independientes de tal ayuda lo más pronto posible³⁹.

Salud: Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

Entorno: Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia. Acudió en cambio, al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo"⁴⁰.

Persona (paciente): Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

³⁸ Phaneuf M. Cuidados de Enfermería El Proceso de Atención de enfermería. México McGraw-Hill Interamericana (1993)

³⁹ Henderson V. Op cit pág 31

⁴⁰ Webster's New Collegiate Dictionary (1961)

Necesidades: en la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Estas necesidades son las siguientes⁴¹:

1. Necesidad de respirar.

- Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

2. Necesidad de beber y comer.

- Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento

3. Necesidad de eliminar.

- Eliminar es la necesidad que tienen el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

- Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del

⁴¹ Marriener T.A y Raile A.M Modelos y teorías en enfermería (4ª) España Harcourt (1999)

cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

5. Necesidad de dormir y descansar.

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

6. Necesidad de vestirse y desvestirse.

- Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1°C y 38°C) para mantenerse en buen estado.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

- Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

9. Necesidad de evitar los peligros.

- Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Necesidad de comunicar.

- La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores.

- Actuar según sus creencias y sus valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

12. Ocuparse para realizarse.

- Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su

potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

13. Necesidad de recrearse.

- Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Necesidad de aprender.

- Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud⁴².

INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES

INDEPENDENCIA EN EL NIÑO

Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra (por ejemplo, es normal que un bebé de 3 meses sea alimentado y cambiado de pañales por alguien. La misma situación sería anormal en un niño de 3 años).

DEPENDENCIA EN EL NIÑO

Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de

⁴² Riopelle L.M.N Cuidados de Enfermería Un Proceso centrado en las Necesidades de la Persona (1ª Reimpresión) México McGraw-Hill Interamericana (1997)

crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades fundamentales, cuando llega a la edad normal de hacerlo⁴³.

Virginia Henderson habla acerca de que un individuo puede encontrarse en dependencia o independencia, a continuación, se describirá más ampliamente el continuum independencia-dependencia.

CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo. Por tanto, es 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 con el fin de facilitar esta evolución se puede dividir en seis niveles el continuum entre la independencia y la dependencia de una persona adulta. (Ver gráfica 2).

Estos niveles se enuncian así:

1. El cliente es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza –sin ayuda, y de forma adecuada- un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muleta, bolsa de

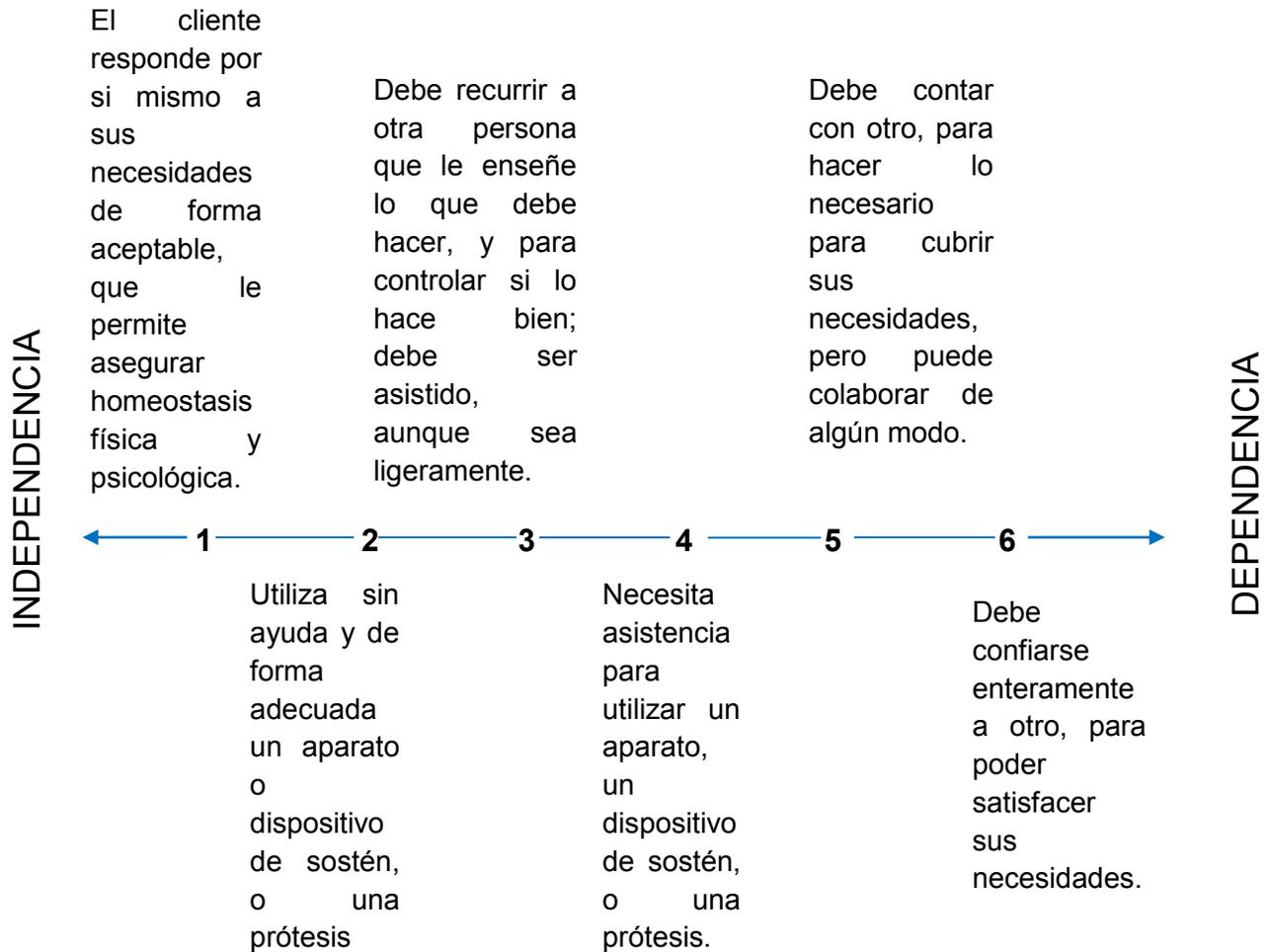
⁴³ Phaneuf M. Op cit. Pág 28-30

ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc.) y, de este modo, logra satisfacer sus necesidades.

3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Gráfica 2

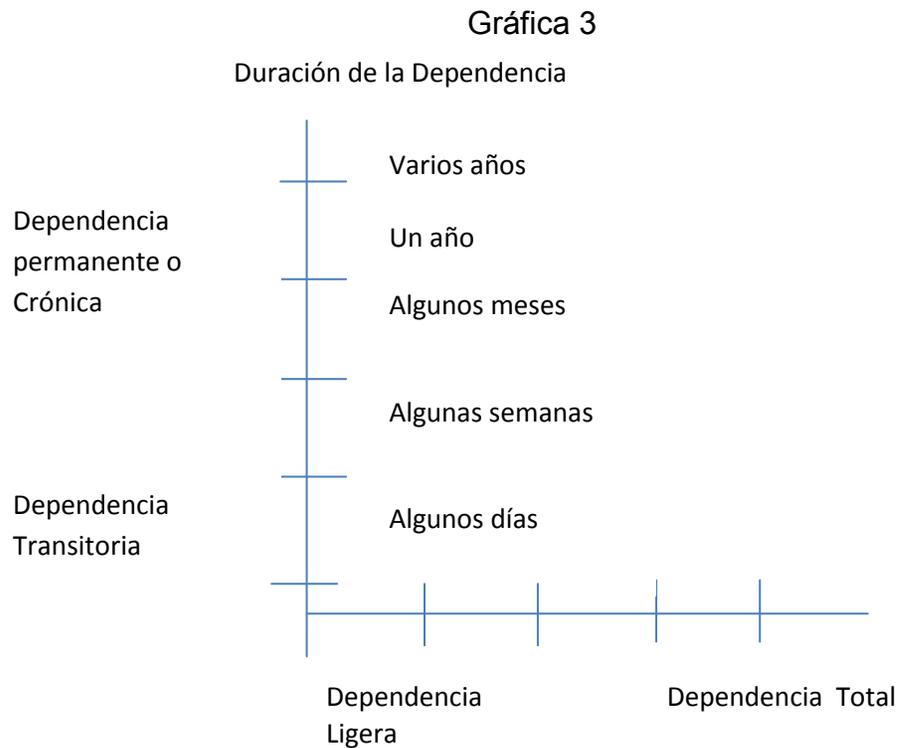
GRÁFICO CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA



Fuente: Tomado de Phaneuf M. (1993) Cuidados de Enfermería El Proceso de Atención de enfermería. México McGraw-Hill Interamericana

GRÁFICO DE TIEMPO Y DURACIÓN

La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente⁴⁴. (Ver gráfica 3)



Fuente: Tomado de Phaneuf M. (1993) Cuidados de Enfermería El Proceso de Atención de enfermería. México McGraw-Hill Interamericana

⁴⁴ Phaneuf M. Op cit. Pág 31-32

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales.

Falta de Fuerza: Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.

Falta de Voluntad: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Falta de Conocimientos: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles⁴⁵.

Causas de las fuentes de dificultad:

1. **Factores de orden físico:** comprenden cualquier impedimento físico, de naturaleza intrínseca o extrínseca, que entorpece la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.
 - **Intrínsecas.** Proviene del propio individuo, es decir, que son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto. Pueden presentarse de distintas formas: por insuficiencia, por sobrecarga o por desequilibrio.

⁴⁵ Fernández F. C. Teorías y Modelos de Enfermería Bases teóricas para el cuidado especializado Antología (2ª) México Litto (2009)

- **Extrínsecas.** Comprenden los agentes exteriores, que en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituye un problema para el sujeto.
2. **Factores de orden psicológico:** comprenden los sentimientos y las emociones, o en otras palabras los estados de ánimo y del intelecto, que pueden influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales.
 3. **Factores de orden sociológico:** comprenden problemas generados al individuo por sus relaciones con el entorno, con su cónyuge, con su familia, con su red de amigos, con sus compañeros de trabajo o de diversiones (problemas ligados a su inserción en la comunidad).
 4. **Factores de orden espiritual:** engloba todo lo que se refiere al espíritu, al sentido moral, a los valores, cualquiera que estos sean.

SUPUESTOS

Virginia Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos:

1. Enfermería

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Actúa como miembro de un equipo médico.
- Interviene al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere en su campo de competencia.

- Debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Valora las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

2. Persona (paciente)

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

3. Salud

- La salud es la calidad de vida.
- Es fundamental para el funcionamiento humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

4. Entorno

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- El profesional de enfermería debe proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Estas deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento de los mismos, dentro de sus posibilidades.

- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos⁴⁶.

POSTULADOS

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo⁴⁷.

1. Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
2. El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
3. Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”⁴⁸.
4. Cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
5. Manifestación: signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades⁴⁹.

⁴⁶ Marriener T.A Op cit. Pág 103

⁴⁷ Riopelle L. M. N. Op cit. pág. 3

⁴⁸ Phaneuf M. Op cit. Pág 18

⁴⁹ Riopelle Op cit. pág 3

VALORES

1. La enfermera tiene funciones que le son propias de la disciplina.
2. Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
3. La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar⁵⁰.

AFIRMACIONES TEORICAS

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Se pueden establecer 3 niveles en la relación enfermera-paciente:

- a) La enfermera como una sustituta del paciente
- b) La enfermera como una auxiliar del paciente
- c) La enfermera como una compañera del paciente

RELACIÓN ENFERMERA-MÉDICO

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico.

ENFERMERA-EQUIPO SANITARIO

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas⁵¹.

⁵⁰ Phaneuf M. Op cit. pág 18

⁵¹ Marriener T.A Op cit pág 103-104

Por todo lo anterior expuesto podemos decir que el Proceso Atención de Enfermería está encaminado a brindar cuidado individualizado a la persona que presente problemas reales o potenciales y así mantener un estado de salud óptimo, el metaparadigma de Virginia Henderson también busca que el individuo consiga su independencia o que la mantenga, para esto la enfermera debe tener los conocimientos necesarios y tener en cuenta que el individuo tiene 14 necesidades que deben ser satisfechas y que la enfermera debe estar capacitada para hacerlo.

El proceso atención de enfermería a través de sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) facilita el camino para detectar problemas de salud en el individuo, todo con fundamentos éticos y legales, los cuales llevan a la resolución de esos problemas.

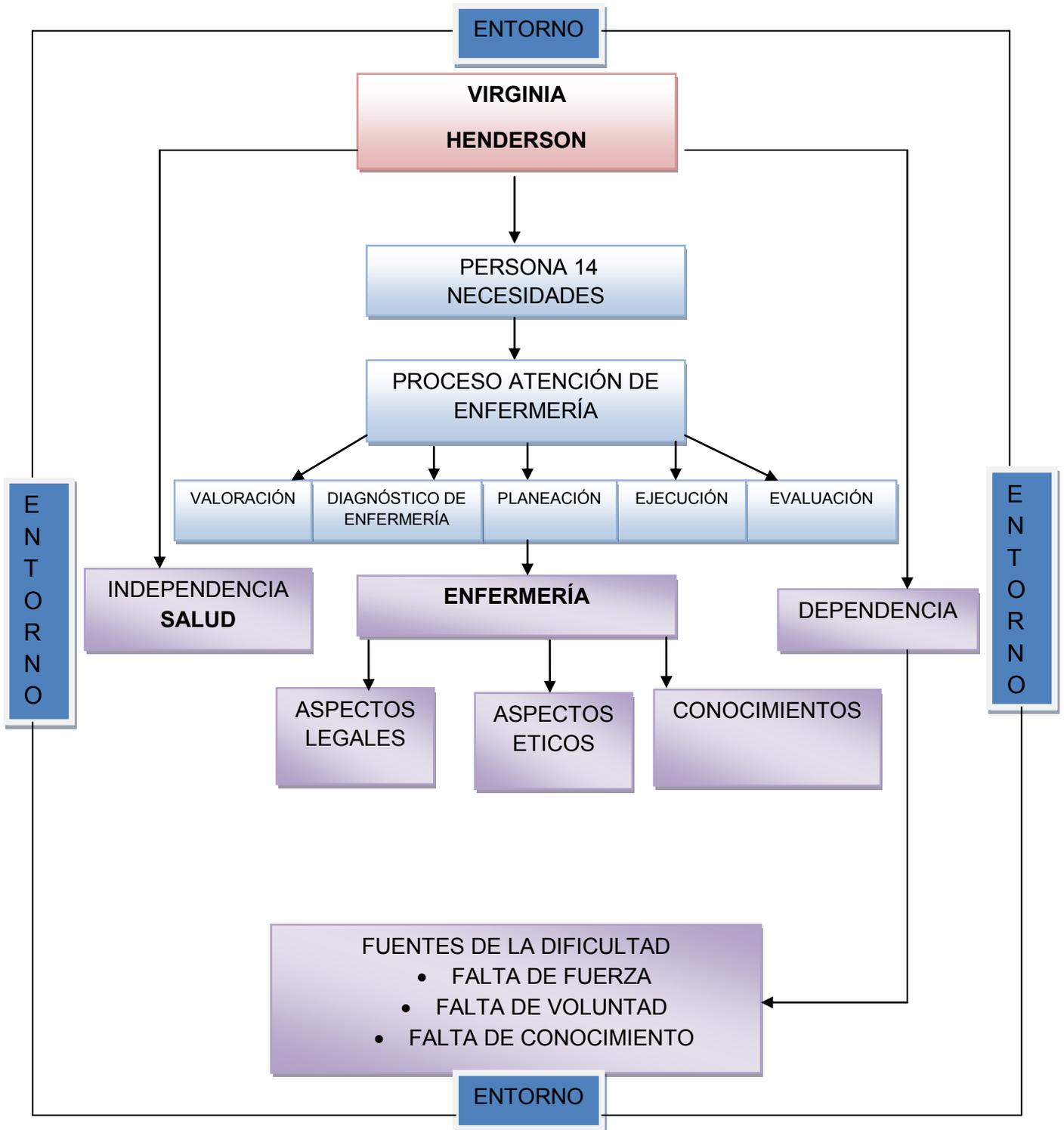
El metaparadigma de Virginia Henderson también busca que el individuo satisfaga sus necesidades a través del cuidado de la enfermera, basándose en valores y postulados en donde deja muy en claro cuáles son las funciones de la enfermera y la forma de satisfacer esas necesidades de ese individuo sano o enfermo.

Es por ello que la teoría de Virginia Henderson se adapta fácilmente al Proceso Atención de Enfermería, ya que los dos están encaminados a un mismo fin, el bienestar de la persona.

En la siguiente gráfica se encuentra ejemplificado de qué manera se da esta interrelación.

Gráfica 4

RELACIÓN PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y PROPUESTA TEÓRICA DE VIRGINIA HENDERSON



1.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL CUIDADO

El término ética se refiere al estudio de los ideales filosóficos de conducta correcta y errónea. En una práctica profesional como la enfermería, un código ético proporciona guías para una atención segura y compasiva. Las enfermeras y otros profesionales sanitarios están de acuerdo con los códigos éticos nacionales que definen la práctica y ofrecen a la población una definición de los estándares prácticos profesionales.

La ética es el estudio de la buena conducta, el carácter y los motivos. Tiene que ver con la determinación de lo que es bueno o válido para todas las personas. Los actos que son éticos suelen reflejar un compromiso con los estándares que superan las preferencias personales: estándares en los que están de acuerdo individuos, profesionales y sociedades⁵².

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

En enfermería es importante contar con un código de 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.

La Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México.

⁵² Potter P.A. Op cit. pág 413

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.

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien, como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.

La moral, considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad, la moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado.

La dignidad, debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de razón y del juicio que da la inteligencia.

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

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

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:
 - La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
 - La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
 - El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional y
 - La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros⁵³.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE ÉTICA

Para hablar de ética, es útil establecer un vocabulario básico, estos términos básicos incluyen autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, fidelidad⁵⁴, privacidad, valor fundamental de la vida humana, veracidad, confiabilidad, solidaridad, tolerancia, terapéutico de totalidad y doble efecto

⁵³ Comisión Interinstitucional de Enfermería Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, Secretaría de Salud (2001)

⁵⁴ Potter P.A. Op cit. pág 413

Autonomía. Se refiere a la independencia de una persona. Como un estándar en ética, la autonomía representa un acuerdo para respetar el derecho del otro a determinar el curso de una acción. El proceso de consentimiento implica que un cliente puede rechazar el tratamiento y en la mayoría de los casos el equipo sanitario ha de estar de acuerdo en cumplir los deseos del cliente⁵⁵.

Consentimiento informado. El objetivo del consentimiento informado ha sido proteger la capacidad del cliente para participar lo más plenamente posible en las decisiones respecto a la salud personal. El significado principal de conseguir este objetivo ha sido compartir el conocimiento sobre los hallazgos clínicos y los planes de diagnóstico y tratamiento mientras son implantados. En algunas situaciones bien definidas el cliente debe otorgar su consentimiento por escrito, como en el consentimiento quirúrgico. Su práctica representa un esfuerzo claro por respetar la autonomía de los clientes⁵⁶.

Beneficencia. Se refiere a realizar acciones positivas para ayudar a los demás. La práctica de la beneficencia refuerza el deseo de hacer el bien a los demás.

No maleficencia. Es la evitación de una lesión o un daño.

Justicia. Asegura una distribución justa de los recursos como los cuidados enfermeros a todos los clientes.

Fidelidad. Mantiene las promesas hechas a los clientes, las familias y otros profesionales; evita el abandono de los clientes, incluso cuando los objetivos del cliente difieran de los objetivos del profesional sanitario⁵⁷.

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

Privacidad. Es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de

⁵⁵ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op cit. pág 12-13

⁵⁶ Potter P.A. Op cit. Pág 428-429

⁵⁷ Potter P.A. ídem. pág 413-415

la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Veracidad. Principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

Confiabilidad. Se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios a ayuda a las personas.

Solidaridad. Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.

Tolerancia. Admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

Terapéutico de totalidad. Debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia (una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura).

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

- Que la acción y el fin del agente sea bueno.
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave⁵⁸.

⁵⁸ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op cit. Pág 12-14

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
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 profesionales⁵⁹.

⁵⁹ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op cit. Pág 19

1.5 MEDULOBLASTOMA COMO FACTOR DE DEPENDENCIA

GENERALIDADES

Los tumores cerebrales representan el tipo de tumor sólido más frecuente en la edad pediátrica, siendo los segundos en frecuencia general después del grupo conformado por las leucemias y linfomas, es más frecuente en varones, en la raza blanca, en menores de cinco años de edad y aparentemente en el medio urbano⁶⁰.

Las neoplasias malignas del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica se encuentran dentro de las entidades malignas más difíciles de diagnosticar y tratar de forma oportuna.

La cavidad intracraneal y espinal es un espacio cerrado rodeado completamente por estructuras óseas y ligamentosas. Esto implica, excepto en menores de dos años de edad, que una neoplasia del SNC sólo puede crecer desplazando el líquido cefalorraquídeo y el parénquima cerebral o espinal, lo cual causa aumento de la presión intracraneal, o bien al generar síntomas y signos neurológicos de masa ocupativa.

Por otra parte, se ha señalado que la ocupación de los padres tiene una relación causa-efecto en la producción de algunos tumores del SNC, con inclusión de la ocupación de éstos en las fábricas de componentes electrónicos, o con exposición a pesticidas, en la industria del metal o de la construcción, en plantíos de tabaco, en lugares donde hay hidrocarburos y en la fabricación de papel. Todos estos factores se correlacionaron en la etapa de preconcepción. Se especula si los padres en un momento dado son “portadores” de los elementos tóxicos que condicionan estas neoplasias⁶¹.

⁶⁰ Rivera L.R. El Niño con Cáncer, Los padecimientos más comunes para el médico no especialista México Teva (2007)

⁶¹ Rivera L.R. Diagnóstico del Niño con Cáncer Madrid España Mosby Doyma Libros (1994)

MEDULOBLASTOMA

Concepto: Es un tumor embrionario de alta malignidad. Se cree que tiene su origen en las células procedentes del neuroepitelio, que forman la capa granular externa del cerebelo, o bien de las que ocupan regiones subependimarias. Tiende a situarse en vérmix cerebeloso en los pacientes más jóvenes, desplazándose a regiones más laterales en los pacientes de mayor edad.

Macroscópicamente es un tumor blando, grisáceo, con áreas focales de necrosis. Pueden presentarse áreas quísticas. En el momento del diagnóstico, un tercio invade el tronco del encéfalo y sistema ventricular.

Debido a su localización y rápido crecimiento, ocasiona de forma casi constante un colapso del IV ventrículo. La clínica se resume en un síndrome atáxico vermiano y una hipertensión endocraneal intensa, instaurada insidiosamente meses anteriores al diagnóstico⁶².

Estadaje postquirúrgico del meduloblastoma

Estadio	Características
T1	Tumor < de 3cm de diámetro y limitado a vérmix, techo del IV ventrículo o hemisferio cerebeloso
T2	Tumor de 3cm, o más, que invade estructuras vecinas o cierra parcialmente el IV ventrículo.
T3	T3a: Tumor que invade dos estructuras adyacentes u obstruye completamente el IV ventrículo, extendiéndose dentro del acueducto de Sylvio, foramen de Magendie o foramen de Luschka, dando lugar a una hidrocefalia interna marcada. T3b: tumor que crece del suelo del IV ventrículo, o del tronco, bloqueando el IV ventrículo.
T4	Tumor que se disemina a través del Sylvio, invadiendo III ventrículo y mesencéfalo, o tumor que se extiende a la medula cervical alta.

⁶² Sierrasesumaga L. Oncología Pediátrica (1ª) Madrid, España Interamericana McGraw-Hill (1992)

M0	No hay evidencia de metástasis.
M1	Células tumorales en Líquido Céfalo Raquídeo (LCR).
M2	Metástasis nodulares en cerebelo, espacio subaracnoideo cerebral, o en III ventrículo o en ventrículos laterales.
M3	Metástasis en espacio subaracnoideo espinal.
M4	Metástasis fuera del eje craneoespinal.

Fuente: Tomado de Sierrasesumaga L. (1992) Oncología Pediátrica (1ª) Madrid, España Interamericana McGraw-Hill

HISTORIA

Partiendo de la base de que este grupo de tumores en la mayoría de las ocasiones está localizado, es importante valorar los factores predisponentes antes enunciados. Es indispensable efectuar la semiología de cada uno de los síntomas que el paciente o los padres brinden al momento de elaborar la historia, anotar la edad y tiempo de evolución tomando como base que la manifestación clínica más frecuente es la cefalea, se debe interrogar intencionalmente intensidad, horario de presentación, factores que aumentan la intensidad y la disminuyen, fenómenos agregados (náuseas/vómito, alteraciones visuales, auditivas, fenómenos convulsivos, etc.) considerando que la cefalea de causa tensional es una entidad sumamente frecuente en el escolar. Interrogar intencionadamente las características del vómito, relación con los alimentos, características de la expulsión de los mismos (si es proyectil). Además, investigar si existen alteraciones en la marcha, sensibilidad, movilidad de extremidades, en los pares craneales y en el estado de conciencia.

Signos neurológicos más comunes en las neoplasias cerebrales de la infancia

- A. Tumor localizado en hemisferios cerebrales
 1. Crisis convulsivas generalmente focalizadas

2. Cambios de la personalidad
 3. Afasia
 4. Hemiparesia espástica
 5. Estereognosia
 6. Hemianopsia homónima
- B. Tumor localizado en quiasma óptico o paraselar
1. Síndrome diencefálico
 2. Ceguera unilateral
 3. Nistagmus
 4. Amenorrea y galactorrea
 5. Alteración del apetito y la termorregulación
 6. Gigantismo
 7. Hidrocefalia
- C. Tumor localizado en la glándula pineal
1. Retracción del párpado
 2. Temblor
 3. Precocidad sexual
 4. Tinnitus
 5. Hidrocefalia
 6. Síndrome de Parinaud

Signos neurológicos más comunes de los tumores localizados en cerebelo y estructuras anexas

- A. Tumor localizado en cerebelo
1. Ataxia
 2. Temblor
 3. Disdiadococinesia
 4. Hidrocefalia
- B. Tumor localizado en el cuarto ventrículo
1. Hidrocefalia

- C. Tumor localizado en el puente
 - 1. Parálisis de pares craneales
 - 2. Signos de afección cerebelosa
 - 3. Hemiparesia espástica
 - 4. Ocasionalmente Nistagmus vertical
- D. Tumor localizado en el ángulo pontocerebeloso
 - 1. Sordera unilateral
 - 2. Ausencia de respuesta al calor
 - 3. Ausencia de reflejo corneal⁶³.

El método diagnóstico de mayor resolución es la Tomografía Axial Computarizada (TAC) cerebral, que evita otras pruebas más agresivas y menos concluyentes. Se muestra como una lesión uniforme de alta densidad, que capta contraste homogéneamente y va acompañada de signos radiológicos de hidrocefalia. La mielografía es una exploración ineludible para valorar la extensión de la enfermedad, proceder a su estadiaje y planificar el tratamiento.

Tratamiento

El planteamiento quirúrgico del meduloblastoma debe cumplir un triple objetivo: estadiaje tumoral y confirmación diagnóstica histológica, extirpación de la máxima masa tumoral, conservando funciones neurológicas y restablecimiento del flujo de LCR.

En pacientes en los que la cirugía no consigue restablecer el flujo de LCR, es necesario implantar una derivación ventrículo-peritoneal para evitar la posterior hidrocefalia, el sistema de derivación ha de estar provisto de un filtro celular que impida el paso de células malignas y que se sitúe dentro del campo de irradiación.

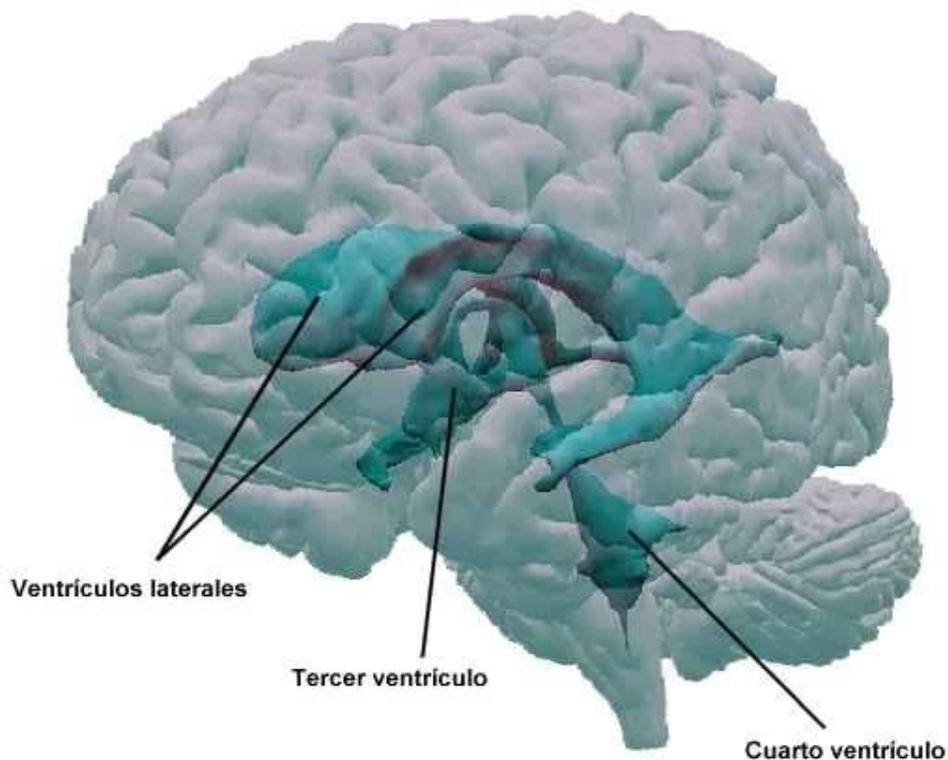
El meduloblastoma es un tumor radiosensible; por ello la radioterapia es el arma terapéutica más eficaz como tratamiento complementario. Tras la cirugía, y

⁶³ Rivera L.R Hemato-Oncología Pediátrica, Principios Generales, México Editores de Textos Mexicanos (2006)

dada la capacidad metastásica del tumor, todo el eje craneoespinal debe ser irradiado.

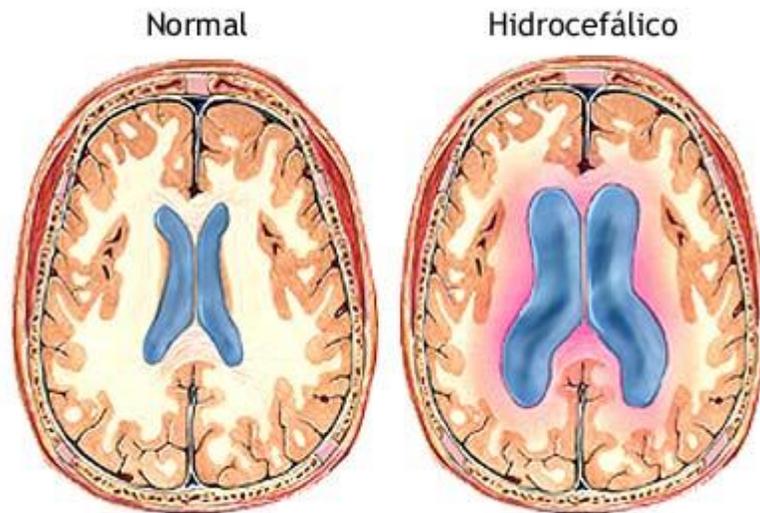
La evidencia de la acción antitumoral de los citostáticos ha hecho que algunos equipos desarrollen estudios prospectivos aleatorios que valoran la adición de quimioterapia a las pautas de cirugía y radioterapia. Para mejorar la supervivencia en pacientes de alto riesgo, se han diseñado nuevos protocolos, algunos con resultados prometedores.

Dado que el meduloblastoma es un tumor típico de la infancia, la toxicidad de los tratamientos sobre la función neuroendocrina, las funciones intelectuales y los núcleos del crecimiento es sustancial. Por ello, la actuación terapéutica para obtener la curación, así como el seguimiento del paciente, ha de tener muy presentes estas limitaciones⁶⁴.

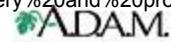


Fuente: Tomado de <http://www.neurocirugia.com/residencia/neuroanatomia/ventriculos.html>

⁶⁴ Sierrasesumaga L. Op cit pág 418-421



Fuente: Tomado de http://www.mercydesmoines.org/health_questions/spanish%20surgery%20and%20procedures/34/100123.cfm



Fuente: Tomado de <http://fundacionannavazquez.wordpress.com/2007/10/09/meduloblastoma-tumor-neuroectodermico-periferico-pnet>

PRONÓSTICO

Existen una multitud de factores pronósticos enunciados en la literatura; sin embargo, uno de los cardinales lo constituye la histología del tumor. Dentro de este contexto, cuanto más indiferenciada sea la histopatología, las posibilidades de curación serán más limitadas; dentro de otros factores también de suma importancia destaca el sitio anatómico de implantación, ya que en los casos de tumor del puente o bien del tronco cerebeloso la resección está fuera de contexto por razones obvias.

Independientemente se debe plantear que el manejo multidisciplinario, si bien no puede producir la curación en todos los casos, mejora la calidad de vida en forma significativa por un período de tiempo determinado.

La sobrevida libre de enfermedad a 5 años en los pacientes con meduloblastoma es del 71% con tratamientos combinados de cirugía + radioterapia + quimioterapia⁶⁵.

Factores pronósticos en neoplasias malignas del SNC

- 1. Edad (menor de 5 años: factor desfavorable)**
- 2. Localización del tumor primario**
- 3. Extensión del tumor (metástasis)**
- 4. Tamaño del tumor**
- 5. Estadio quirúrgico**
- 6. Extensión de la resección**
- 7. Histopatología (indiferenciado: desfavorable)**
- 8. Tratamiento**

Fuente: Rivera L.R (2006) Hemato-Oncología Pediátrica, Principios Generales, México Editores de Textos Mexicanos

⁶⁵ Rivera L.R Op cit. Pág 193-195



II. METODOLOGIA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

Se trata de escolar masculino de 5 años 1 mes de edad, que proviene de una familia nuclear integrada por el padre el cual se dedica a la albañilería principalmente, ya que no cuenta con un trabajo fijo, escolaridad secundaria, la madre dedicada al hogar colabora con el ingreso económico vendiendo productos de belleza su escolaridad es la secundaria y Carlos, en donde las relaciones afectivas son fuertes, producto de la gesta I de 34 SDG por ruptura prematura de membranas, con un Apgar de 8/9, lloró y respiró al nacer, son procedentes y residentes del Estado de México. Conocido en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el 2007, al cual acude al ser referido de hospital de segundo nivel, en el que es atendido por hidrocefalia secundaria a traumatismo, al realizarle una resonancia magnética en el Hospital General de México, se visualiza un tumor y es enviado a esta institución para su tratamiento, en el Hospital Infantil de México es diagnosticado con meduloblastoma en ese mismo año. Recibe 12 sesiones con quimioterapia y 20 sesiones de radioterapia remitiendo el padecimiento. En el 2009 presenta paro respiratorio en el domicilio y es llevado a hospital cercano donde es atendido hasta su estabilización, posteriormente es trasladado a esta institución donde permanece hasta el momento hospitalizado. A la exploración física se encuentra paciente con traqueotomía y apoyo ventilatorio fase III, al interrogatorio se obtuvieron los siguientes datos, alergia al gerber, a la vancomicina y en la última ocasión en la que fue transfundido presentó reacción anafiláctica requiriendo la ministración de antihistamínicos. Con presencia de cicatrices en diversas partes del cuerpo por cirugías previas, edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino, físicamente íntegro, de complexión normal, aparentemente bien conformado, en decúbito dorsal, en actitud forzada por condiciones neurológicas, sin facies característica,

coloración de tegumentos rosada, sin movimientos anormales, marcha no valorable, limpio, sin expresión facial, viste ropa hospitalaria.

Las necesidades que se encontraron alteradas fueron las siguientes:

Oxigenación: Se encuentra en dependencia ya que actualmente tiene traqueotomía y apoyo ventilatorio fase III, a la exploración física se encontró nariz central, narinas permeables, coloración rosada de los labios, tórax en forma de tonel, movimientos respiratorios sincrónicos, amplexión y amplexación sincrónicos, sin automatismo respiratorio, se escuchan estertores gruesos en ambos vértices, focos cardiacos sin alteración, sonido timpánico en tórax anterior y posterior, se delimita silueta cardiaca entre el 3^o y 4^o espacio intercostal, pulsos sincrónicos y homocrótos. Saturación de oxígeno del 96%, cabe mencionar que la saturación desciende hasta 80% cuando incrementa la cantidad de secreciones. Cuenta con los siguientes resultados de laboratorio:

Resultado paciente	Parámetros normales	Parámetros del ventilador
Hemoglobina 10.90	12-18	Modo A/C
Eritrocitos 3.45	3.92-6.2	Frecuencia 25
Hematocrito 31.7	37-47	FiO ₂ 80%
		PEEP 4

Seguridad y protección: Es incapaz de protegerse de las agresiones externas e internas, se le encontraron endostosis en ambos parietales por cirugías previas de retiro de válvulas de derivación, al igual que en región occipital, en cuello traqueotomía y en abdomen gastrostomía.

Cuenta con los siguientes exámenes de laboratorio:

Resultado paciente	Valores normales	Examen
general de orina		
Leucocitos 7.70	4-11	PH 7.0

Neutrófilos	51.00	35-57	Levaduras escasas
Plaquetas	323.00	145-450	

Nutrición e hidratación: Se encuentra en dependencia ya que su alimentación es forzada por medio de sonda de gastrostomía, a la exploración física se encuentra con conjuntivas húmedas, 18 piezas dentales, piel turgente, hidratada, cabello bien implantado, escaso, delgado, sin decoloraciones, abdomen blando, no doloroso a la palpación, ruidos peristálticos a razón de 10 X', con un peso actual de 30.2 Kg, talla de 107 cm, siendo el peso ideal para su edad de 17 Kg en el percentil 50.

Dentro de los exámenes de laboratorio encontrados están los siguientes:

Electrolito	Paciente	Valor normal
Sodio	131.0	130-147
Potasio	4.0	3.5-5.1
Cloro	97.0	96-107
Fosforo	4.4	3.8-5.7
Magnesio	1.9	1.6-3.2

Movimiento y postura: Esta en dependencia ya que, por las condiciones neurológicas, no se moviliza por sí mismo. El tono muscular de los miembros superiores e inferiores se encuentran con espasticidad, por lo que podemos decir que la calidad de los movimientos es nula. En cuanto a la fuerza muscular según la escala de Lovett se encuentra en un grado 1.

Vestido y desvestido: Es necesario que el cuidador lo vista.

Termorregulación: Presenta hipotermias por lo que considero que se encuentra en dependencia, ya que es incapaz de realizar ninguna acción para

compensarla. A la exploración física se encuentra, piel fría. Temperatura corporal axilar de 35.5⁰C. Con los siguientes signos vitales: frecuencia cardiaca 94 x' y frecuencia respiratoria de 26 x'.

Higiene: En cuanto al aseo corporal se le realiza baño de esponja, ya que no es posible su movilización por lo que se encuentra en dependencia, corporalmente se encuentra limpio, la cavidad bucal sucia, sin halitosis sin restos de alimento.

Comunicación: No existe expresión verbal, a la exploración física se encontró: ojos simétricos, con poca respuesta a la luz, pabellones auriculares bien implantados, oído izquierdo con salida de secreción amarillenta por lo que no es posible su exploración, oído izquierdo con conducto auditivo normal, membrana timpánica integra, la boca es poco valorable ya que por la espasticidad es difícil realizar la revisión.

Creencias y valores: No puede ejercer sus creencias por su situación física, pero el cuidador primario profesa la religión católica, mantiene imágenes religiosas en la unidad del paciente, acude a misa ocasionalmente, para ella es importante la unión familiar, la convivencia con la familia, el respeto, la comunicación.

Realización: No es capaz de realizar acciones por sí mismo, que le proporcionen satisfacción, pero la aspiración del cuidador primario es que pueda dejar el ventilador.

Aprendizaje: Es poco probable que pueda adquirir nuevos conocimientos y llevarlos a cabo, sin embargo, el cuidador tiene disposición para el aprendizaje.

Eliminación: Se encuentra en dependencia ya que por la inmovilidad sufre de estreñimiento, ya que las evacuaciones son cada 72 hrs y en ocasiones es

necesaria la aplicación de laxantes. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, ruidos peristálticos a razón de 10 X', perímetro abdominal de 63 cm.

Descanso y sueño: El ciclo del sueño se encuentra invertido, ya que la mayoría de las veces duerme en el día y se mantiene despierto gran parte de la noche. Duerme en promedio 18 hrs al día.

Recreación: Esta necesidad se encuentra alterada, aunque es satisfecha parcialmente por el cuidador primario ya que le pone música y le lee cuentos, para su relajación tiene terapia de masoterapia en músculos maseteros, esta es proporcionada por el servicio de terapia física.

2.2 METODOS E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Para la realización del presente estudio de caso se aplicó el Proceso Atención de Enfermería en el cual se desarrollaron las 14 necesidades propuestas por la filosofía de Virginia Henderson, la información se obtuvo de fuentes primarias (los padres) y secundarias (expediente clínico, equipo multidisciplinario) además se realizó la exploración física exhaustiva, en la que se hizo uso de un instrumento de valoración clínica de 0 a 5 años el cual contiene los siguientes apartados: datos demográficos, datos de la familia, orientación durante la hospitalización, antecedentes individuales, valoración de las 14 necesidades, jerarquía de los diagnósticos de enfermería, plan de atención de enfermería, jerarquía de las necesidades así como el plan de alta (ver anexo no. 1), por otra parte se analizaron las 14 necesidades en forma focalizada (hoja de reporte diario) para lo cual se utilizó un formato en donde se aplican las escalas de grado y nivel de dependencia propuestas por Margot Phaneuf (ver anexo no. 2). Mediante el análisis realizado de las 14 necesidades, se determinó que las 14 necesidades se encuentran en dependencia.

Se contó con la autorización del cuidador primario, mediante el formato de consentimiento informado (ver anexo no. 3).

Se elaboró un tríptico sobre estimulación sensorial debido a la necesidad de conocimiento del cuidador primario (ver anexo no. 4).

2.3 PROCESO DEL DIAGNÓSTICO

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizó el formato P.E.S: en donde el problema describe el problema de salud (respuesta humana a un proceso vital), la etiología identifica una o más causas probables del problema y los signos y síntomas el conjunto de signos y síntomas del paciente. La construcción de los diagnósticos reales se realiza de la siguiente manera: Problema + relacionado con etiología + manifestado por signos y síntomas, para los diagnósticos de riesgo: Problema + relacionado con factores contribuyentes, para los posibles: Posible problema + relacionado con posibles factores contribuyentes y para los de bienestar: Etiqueta diagnóstica

Se elaboraron 16 diagnósticos de enfermería, de los cuales 14 son reales y 2 son de riesgo.

Para ver la descripción de los diagnósticos se elaboró el siguiente cuadro, los cuales se jerarquizaron de acuerdo a aquellos que ponen en peligro la vida. (ver cuadro no. 5)

Gráfico 5
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Nombre: Carlos I. S.O. Registro: 791152

Edad: 5 años 6 meses Peso: 30.2 kg Talla: 107cm

Fecha de Identificación	Diagnóstico de enfermería	Fuente de la Dificultad	Grado y nivel de dependencia	Fecha de resolución
Necesidad		Prioridad	Tipo de intervención	
22-11-12	Patrón respiratorio ineficaz, r/c disminución de la fuerza de músculos respiratorios, m/p disminución de la capacidad vital y apnea. Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva m/p cianosis, FC de 84 y SAT de 80%.	Fuerza	Dependencia total crónica de 1 año nivel 6	Pendiente de resolver
Oxigenación		Alta	Suplencia	Abril-2012
28-XI-2011	Alteración del bienestar físico r/c disminución de la temperatura corporal m/p frialdad de la piel, pilo erección y temperatura de 35.5	Fuerza	Dependencia total crónica de 1 año nivel 6	Presenta periodos de disminución de la temperatura
Termorregulación		Alta	Suplencia	
22- XI-2011	Riesgo de infección sistémica, r/c procedimientos invasivos (traqueostomía, gastrostomía).	Fuerza	Dependencia total crónica de 1 año nivel 6	Se mantiene sin datos de infección sistémica

Seguridad y protección	Potencial de traumatismo r/c crisis epilépticas. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c prominencias óseas.	Alta	Suplencia	
29-XI-2011 Descanso y sueño	Trastorno del patrón del sueño: insomnio r/c ruido y medio ambiente hospitalario, m/p cambios en el ciclo de sueño	Fuerza Alta	Dependencia intermedia crónica de algunos meses nivel 3 Ayuda	Pendiente de resolver
22-XI-2011 Eliminación	Estreñimiento r/c disminución de motilidad intestinal, m/p disminución de la frecuencia normal de evacuación intestinal.	Fuerza Alta	Dependencia total crónica de 1 año nivel 6 Suplencia	Abril-2012
22-XI-2011 Nutrición e hidratación	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas m/p peso corporal superior en un 80% al ideal según la talla y constitución corporal.	Fuerza Alta	Dependencia total crónica de 1 año nivel 6 Suplencia	Pendiente de resolución

29-XI-2011	Dependencia en la necesidad de movimiento y postura, r/c enfermedad crónica m/p no poder realizar ningún movimiento	Fuerza	Dependencia total crónica de 1 año nivel 6	Pendiente de resolución
Movimiento y postura		Alta	Suplencia	
29-XI-2011	Dependencia en el vestido r/c falta de conocimiento del cuidador primario para vestirlo de acuerdo a la temporada m/p ropa inadecuada.	Conocimiento	Dependencia total Crónica de 1 año	Abril-2012
Vestido y desvestido		Alta	Suplencia	
29-XI-2011	Dependencia en la higiene (aseo bucal) r/c falta de conocimiento del cuidador primario para realizar el aseo m/p halitosis y placa dentobacteriana	Conocimiento	Dependencia Total crónica de 1 año nivel 6	Abril-2012
Higiene		Alta	Suplencia	
28-XI-2011	Deterioro de la comunicación r/c falta de conocimiento del cuidador primario sobre métodos de comunicación m/p no poder comunicarse.	Conocimiento	Dependencia total crónica de 1 año nivel 6	Abril-2012
Comunicación		Alta	Suplencia	
29-XI-2011	Sufrimiento moral y espiritual del cuidador primario, r/c poco contacto con su familia, m/p expresión de culpa.	Fuerza	Dependencia total crónica de 1 año nivel 6	Abril-2012
Creencias y valores		Alta	Suplencia	

22-XI-2011	Cansancio del rol del cuidador, r/c estado de salud de su niño, m/p verbalización de sentir fatiga.	Fuerza	Dependencia total crónica de 1 año nivel 6	Abril-2012
Realización		Alta	Ayuda	
22-XI-2011	Dependencia de actividades recreativas, r/c falta de conocimiento del cuidador primario acerca de los métodos lúdicos que puede utilizar, m/p verbalización de desconocimiento.	Conocimiento	Dependencia total crónica de 1 año nivel 5	Abril-2012
Aprendizaje y recreación		Alta	Ayuda	

Elaboro: María del Carmen Leticia Salinas Uribe

2.4 PLANEACIÓN

La planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas en base a las necesidades detectadas durante el proceso de valoración, las cuales se llevarán a cabo mediante acciones de enfermería que servirán para reforzar las respuestas del paciente sano o para reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo, las cuales fueron identificadas en los diagnósticos de enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados de enfermería.

Durante la planeación se elaboraron objetivos a corto, mediano y largo plazo, estos nos indican lo que será y fue capaz de hacer el paciente o la familia. Las intervenciones o estrategias de enfermería describen la forma en que el profesional de enfermería puede llevar al paciente a conseguir sus objetivos ya sea de manera independiente, dependiente e interdependiente.

La actividad mayor en la planificación es el desarrollo del plan de asistencia de enfermería que aporta la base para la intervención. Están involucrados el paciente, la familia y el personal de enfermería. El plan de atención está estructurado de manera que incluye los diagnósticos de enfermería identificados reales, de riesgo y potenciales, los cuales están basados en principios y razonamiento lógico.

A continuación, se describe la estructura del formato que será utilizado para el plan de intervenciones.

Se utilizó un formato esquematizado, el cual contiene las intervenciones de enfermería implementadas, así como las acciones que se llevaron a cabo, también incluye el tipo de intervenciones, fundamentación científica y la evaluación.



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



PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre: Carlos I. S. O Edad: 5 años 1 mes Registro: 791152
 Servicio: Oncología Dx. Médico: Meduloblastoma Necesidad: **Oxigenación**
 Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz r/c disminución de la fuerza de músculos respiratorios, m/p disminución de la capacidad vital (CVF menor al 80%) y apnea.
 Fecha de identificación: 22-nov-2011
 Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6
 Prioridad: Alta
 Rol de enfermería: Suplencia
 Objetivo: Mediante acciones que mejoren la ventilación pulmonar, se evitaren complicaciones respiratorias a Carlos, durante el tiempo que permanezca hospitalizado.

Intervención de enfermería/acciones	Fundamentación
Tipo de intervención: Directa-Independiente 1. Cuidar la vía aérea artificial diariamente. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambiar la sujeción de la cánula de traqueostomía cada 24 hrs. ▪ Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales y registrar. ▪ Minimizar la acción de palanca y la tracción de la vía aérea artificial mediante la suspensión de los tubos del ventilador desde los soportes superiores y soportando los tubos durante el giro, la aspiración y desconexión y reconexión del ventilador. 	La vía aérea artificial consiste en un dispositivo de plástico o de goma que puede ser insertado en el tracto respiratorio superior o inferior para facilitar la ventilación. Una vía respiratoria artificial está indicada para los pacientes con disminución del estado de conciencia u obstrucción de las vías respiratorias y para ayudar a la eliminación de secreciones traqueo bronquiales. (Potter 5ª edición)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar cuidados a la tráquea: limpiar y secar la zona alrededor del estoma. ▪ Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento e irritación. ▪ Realizar una técnica estéril al aspirar. ▪ Aislar la traqueostomía del agua. 	
<p>Intervención de enfermería/acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-Independiente</p>	Fundamentación
<p>2. Proporcionar cuidados a la ventilación mecánica invasiva durante la hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado. ▪ Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador. ▪ Observar si se produce un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria. ▪ Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (convulsiones, dolor, o actividades básicas de enfermería) que pueden modificar los ajustes del ventilador y causar una desaturación de O₂. ▪ Controlar los factores que aumentan 	<p>Se denomina ventilación mecánica a todo procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria de los músculos inspiratorios, pudiendo además mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar.</p> <p>(Herrera, 1997)</p>

el trabajo respiratorio del paciente/ventilador (condensación en los tubos del ventilador, filtros obstruidos, cabecera de la cama baja).

- Vaciar el agua condensada de las trampillas.
- Asegurarse de cambiar los circuitos del ventilador cada 24 hrs.
- Realizar una técnica antiséptica en todos los procedimientos de aspiración.
- Vigilar las lecturas de presión del ventilador, la sincronidad y el murmullo vesicular del paciente.
- Anotar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares periódicamente.
- Silenciar las alarmas del ventilador durante la aspiración para disminuir las falsas alarmas.
- Asegurar la presencia del equipo de emergencias a pie de cama en todo momento (bolsa de reanimación manual conectada a oxígeno) en caso de caída de tensión eléctrica.

Intervención de enfermería/acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>3. Mejorar la ventilación durante el turno</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener una vía aérea permeable ▪ Colocar al paciente en posición semi-fowler de forma que facilite la concordancia ventilación perfusión. ▪ Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: Saturación de O₂. ▪ Auscultar sonidos respiratorios, verificando disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños. ▪ Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. 	<p>Se llama ventilación al conjunto de procesos que hacen fluir el aire entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares a través de los actos alternantes de la inspiración y la espiración. Los factores que intervienen en esta mecánica son las vías aéreas internas, el diafragma, la cavidad torácica formada por la columna vertebral, el esternón y las costillas, así como la musculatura asociada. La ventilación se lleva a cabo por los músculos que cambian el volumen de la cavidad torácica, y al hacerlo crean presiones negativas y positivas que mueven el aire adentro y afuera de los pulmones.</p> <p>(http://es.wikipedia.org)</p>
Intervención de enfermería/acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>4. Valorar cada 4 hrs los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso y estado respiratorio. ▪ Observar la presencia y calidad de los pulsos. ▪ Observar si hay cianosis central y periférica. 	<p>Las mediciones más frecuentemente obtenidas son la temperatura, el ritmo respiratorio y la saturación de oxígeno. Como indicadores del estado de salud, estas medidas indican la efectividad de las funciones corporales circulatoria, respiratoria, nerviosa y endocrina. Dada su importancia se denominan signos vitales. La medición de los signos vitales</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar si hay llenado capilar normal (2”). ▪ Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales. ▪ Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados. 	<p>proporciona datos para determinar el estado de salud habitual del paciente, alguna alteración puede indicar un cambio en la función fisiológica.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>
<p>Intervención de enfermería/acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>5. Valorar la función respiratoria por lo menos 1 vez por turno</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ▪ Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. ▪ Anotar la ubicación de la tráquea. ▪ Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación en las vías aéreas. ▪ Auscultar los sonidos pulmonares después del tratamiento y anotar los resultados. ▪ Controlar las lecturas del ventilador mecánico. ▪ Abrir la vía aérea, elevando la barbilla. 	<p>El aparato respiratorio intercambia el bióxido de carbono del metabolismo celular por oxígeno atmosférico. Sus porciones superior e inferior incluyen los órganos que se encargan de la respiración externa. La respiración implica dos acciones: inspiración, proceso activo, y espiración relativamente pasiva.</p> <p>(Klusek, 1988)</p> <p>En el ciclo ventilatorio del respirador se distinguen tres fases: insuflación, meseta y deflación. El cambio de fase se realiza por un mecanismo de ciclado que varía según el tipo de ventilador.</p> <p>(Herrera, 1997)</p>

Intervención de enfermería/acciones	Fundamentación
Tipo de intervención: Directa-independiente	
<p>6. Realizar fisioterapia respiratoria por turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Practicar vibración torácica. <p>Se aplican las manos, o las puntas de los dedos, sobre la pared torácica y sin despegarlas se genera una vibración durante la espiración, combinando con drenaje postural.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar la tolerancia por medio de la saturación de O₂, ritmo y frecuencia respiratoria, ritmo y frecuencia cardiacos. 	<p>La fisioterapia respiratoria tiene como objetivo facilitar la eliminación de las secreciones traqueo bronquiales y, secundariamente, disminuir la resistencia de la vía aérea, reducir el trabajo respiratorio, mejorar el intercambio gaseoso, aumentar la tolerancia al ejercicio y mejorar la calidad de vida.</p> <p>(An Pediatr Contin 2004;2(5):303-6)</p>

Evaluación

La infraestructura y el material con el que se conto son adecuados y suficientes para la realización de estas intervenciones, estas se llevaron a cabo en tiempo y forma.

El objetivo se consiguió ya que el patrón respiratorio se mantuvo estable mediante las intervenciones realizadas, pero continua en el mismo grado y nivel de dependencia, debido a la situación neurológica.

Necesidad: **Oxigenación**

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva m/p cianosis, FC de 84x' y sat. de 80%

Fecha de identificación: 22-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: Carlos mejorará la limpieza de las vías aéreas, mediante técnicas físicas encaminadas a eliminar las secreciones durante las siguientes 8 hrs

Intervención de enfermería/acciones	
Tipo de intervención: Directa-Independiente	Fundamentación
<p>1. Aspirar las vías aéreas cuando se considere necesario</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal.▪ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.▪ Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.▪ Disponer precauciones estándar: guantes, cubrebocas con protector y si es posible bata.▪ Abordar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración naso traqueal.▪ Hiperoxigenar al 100%, mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual.▪ Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.	<p>Las vías aéreas son permeables cuando la tráquea, los bronquios y las vías de gran calibre están libres de obstrucciones. El mantenimiento de las vías respiratorias requiere una hidratación adecuada para evitar secreciones espesas y pegajosas, para conseguir esto se requieren intervenciones como la aspiración para mantener las vías respiratorias permeables.</p> <p>(Potter, 5ª edición)</p>

- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo de traqueostomía.
- Regular la presión del aspirador (80mmHg).
- Observar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂) antes, durante y después de la aspiración.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la aspiración traqueal.
- Realizar aseo alrededor del estoma traqueal posterior a la aspiración.
- Anotar el tipo y cantidad de secreciones.
- Reforzar la técnica de aspiración de secreciones al cuidador primario.

Aspiración de Secreciones

Material y equipo

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared).
- Guantes desechables estériles.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 3 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones)
- Sondas para aspiración de secreciones (pediátrica).
- Solución antiséptica.
- Riñón estéril con 2 frascos.
- Gafas de protección y cubrebocas.
- Ambú (bolsa-válvula-mascarilla)

Procedimiento para la aspiración nasotraqueal y orotraqueal

1. Explicar al paciente el procedimiento que se le

Introducción

Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial

Concepto

Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión.

Objetivos

1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
2. Favorecer la ventilación respiratoria.
3. Prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones.

va a realizar.

2. Checar signos vitales.
3. Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración, ajustarlo a:

	Fijos	Portátiles
Adultos	80 a 120 mmHg	10 a 15 mmHg
Niños	95 a 110 mmHg	5 a 10 mmHg
Neonatos	50 a 95 mmHg	2 a 5 mmHg

Ejercer presión excesiva puede ocasionar traumatismos de la membrana mucosa, hemorragia y extraer tejido.

4. Corroborar la funcionalidad del sistema de administración de oxígeno.
5. Colocar al paciente en posición Semi-Fowler, sino existe contraindicación.
6. Lavarse las manos.
7. Disponer el material que se va a utilizar, siguiendo las reglas de asepsia.
8. Colocarse cubrebocas, gafas protectoras.
9. Pedir al paciente que realice cinco respiraciones profundas o bien conectarlo al oxígeno.
10. Activar el aparato de aspiración (o el sistema de pared).
11. Colocarse el guante estéril en la mano dominante. Pueden colocarse en ambas manos y considerar contaminado el guante de la mano no dominante.
12. Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura, sin rozar los objetos o superficies potencialmente contaminados. Enrollar la sonda en la mano dominante.
13. Conectar la sonda de aspiración al tubo del aspirador, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra mano embonar a la parte de la entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión.
14. Lubricar la punta de la sonda.
15. Introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales, durante la inspiración del paciente. Cuando se tiene resistencia al paso de la sonda por nasofaringe posterior, se rota suavemente hacia abajo, si aún continúa la

Indicaciones

La técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones.

Contraindicaciones

- En estas condiciones, se tomarán en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio médico.
- Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Edema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.

Se tiene en algunos hospitales el sistema de aspiración con circuito cerrado. En éste, la sonda de aspiración está contenida en la tubería que es parte del aparato de ventilación. El sistema cerrado de aspiración permite realizar la técnica sin el uso de guantes y sin desconectar al paciente del ventilador. Las ventajas que presenta son eliminar la desconexión del ventilador, disminuir la exposición del personal de enfermería a los desechos corporales (secreciones), el catéter puede utilizarse por 24 horas y ahorra tiempo. La desventaja es que existe un peso agregado al sistema, incrementando la tracción sobre la vía respiratoria artificial, por lo que se requiere asegurar y estabilizar el tubo endotraqueal. Entre cada aspiración el paciente recibe de cuatro a cinco respiraciones de oxígeno al 100% a través del ventilador mecánico.

Consideraciones especiales en la aspiración de secreciones

- No intentar forzar la entrada de la sonda de aspiración cuando hay resistencia, ya que

resistencia intentar por la otra narina o por vía oral. No se debe aspirar la sonda en el momento en que se está introduciendo, para evitar la privación de oxígeno al paciente, además de disminuir el traumatismo a las membranas mucosas.

16. Pedir al paciente que tosa, con el propósito de que facilite el desprendimiento de las secreciones.
17. Realizar la aspiración del paciente, retirando la sonda 2-3 cm (para evitar la presión directa de la punta de la sonda) mientras se aplica una aspiración intermitente presionando el dispositivo digital (válvula) con la mano no dominante. Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda tomándola entre los dedos índice y pulgar.

La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos y después extraer poco a poco la sonda y esperar, al menos 1 minutos antes de intentar una nueva aspiración.

18. Pedirle al paciente que realice varias respiraciones profundas.
19. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavarla en su interior con solución para irrigación.
20. Repetir el procedimiento de aspiración de secreciones en tanto el paciente lo tolere, dejando 2 minutos como periodo de recuperación entre cada episodio de aspiración.
21. Desechar la sonda, guantes, agua y envases utilizados.
22. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.
23. Realizar la higiene bucal al paciente.
24. Lavar el equipo y enviarlo para su desinfección y esterilización.

Documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del paciente. Asimismo anotar la naturaleza y características de las secreciones en lo que se refiere a su consistencia, cantidad, olor y coloración.

Aspiración traqueal con cánula de traqueostomía o tubo endotraqueal

La aspiración de secreciones a un paciente con vía aérea artificial, es un procedimiento que se debe manejar con técnica estéril. Se debe tener en consideración que la acumulación de secreciones en la vía aérea artificial o árbol traqueal puede causar estrechamiento de las mismas, insuficiencia

puede ocasionar traumatismos de las membranas o pólipos nasales. Si existen datos de hemorragia notificar al médico

- La aspiración repetida puede producir irritación de las membranas mucosas, edema, dolor, edema laríngeo y traumatismo. Suspender la aspiración si ésta es difícil o existe obstrucción.
- Determinar la necesidad de aspirar las secreciones del árbol traqueo bronquial, valorando el estado del paciente, y evitar una acumulación excesiva de las secreciones.
- Mantener una técnica estéril para reducir el riesgo de infecciones.
- El procedimiento de la aspiración de secreciones no debe durar más de 10 segundos en cada aspiración, y debe haber un intervalo de uno a dos minutos entre cada episodio para dar tiempo al paciente a respirar.
- Tener ambú para oxigenar los pulmones del paciente antes y después de aplicar la técnica, para reducir el riesgo de hipoxemia, disrritmias y micro atelectasias.
- Control de los signos vitales antes y después de realizar el procedimiento, para detectar problemas respiratorios, disrritmias e hipotensión.
- Evitar los traumatismos de la mucosa traqueal durante la aspiración, utilizando sondas de aspiración estéril de material blando con múltiples orificios (las sondas con un solo orificio pueden adherirse a la mucosa adyacente, aumentando posteriormente el traumatismo local).
- Utilizar solución estéril para el lavado traqueal cuando las secreciones están espesas.

respiratoria y estasis de secreciones.

1. Evaluar la frecuencia cardiaca del paciente y auscultar los ruidos respiratorios. Si el paciente está conectado a un monitor, vigilar constantemente la frecuencia cardiaca y presión arterial, así como valorar los resultados de gases arteriales. Es importante valorar las condiciones del paciente, ya que la aspiración debe suspenderse para administrar oxígeno a través de la respiración asistida manual.
2. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar, cuando esto sea posible.

Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración, ajustarlo a:

	Fijos	Portátiles
Adultos	80 a 120 mmHg	10 a 15 mmHg
Niños	95 a 110 mmHg	5 a 10 mmHg
Neonatos	50 a 95 mmHg	2 a 5 mmHg

Ejercer presión excesiva puede ocasionar traumatismos de la membrana mucosa, hemorragia y extraer tejido.

3. Corroborar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, adaptado al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%.
4. Colocar al paciente en posición semi-Fowler, con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación.
5. Lavarse las manos.
6. Disponer el material que se va a utilizar siguiendo las reglas de asepsia.
7. Colocarse el cubrebocas y las gafas protectoras.
8. Si el paciente está sometido a respiración mecánica, probar para asegurarse, que no existe dificultad para desconectarse con una mano del ventilador.
9. Activar el aparato de aspiración (o del sistema de pared).
10. Colocarse guante estéril en la mano dominante. Puede colocarse en ambas manos y considerar contaminado el guante de la mano no dominante.
11. Con la mano dominante enrollar la sonda en la mano dominante.

Consideraciones especiales para la prevención de infecciones

- La sonda utilizada para aspirar la tráquea, no debe utilizarse para aspirar la nariz y la boca.
- Utilizar una sonda estéril nueva para cada episodio de aspiración. Esta recomendación es para el uso único estricto, debe tenerse en cuenta como medida importante para la prevención de infecciones, mejor atención en el cuidado del paciente. En caso de que no se pueda llevar a cabo la técnica con el uso de nueva sonda, se recomienda la desinfección de la siguiente manera:
 - a) Enjuagar la sonda en solución estéril (colocar en un recipiente estéril la cantidad necesaria de solución para utilizar por única vez) para dejarla libre de secreciones.
 - b) Sumergir la sonda en solución antiséptica.
 - c) Cambiar las soluciones (para irrigación y antiséptica) cada ocho horas.
- Las sondas y los sistemas de aspiración deben ser transparentes para que puedan ser observables las secreciones residuales.
- Es esencial el uso de guantes estériles, ya que se considera a la técnica de aspiración de secreciones una técnica estéril.
- La técnica de aspiración se debe realizar suavemente, ya que la aspiración en forma vigorosa (brusca) puede interrumpir la barrera protectora de moco y producir abrasiones locales, aumentando la susceptibilidad a la infección.
- El aspirador de secreciones debe contar con un filtro para disminuir la aerosolidación de

12. Conectar la sonda de aspiración al tubo de aspiración, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra embonar a la parte de entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión.
13. Desconectar al paciente del ventilador, del orificio de entrada del tubo endotraqueal, dispositivo de CPAP u otra fuente de oxigenación. Poner la conexión del ventilador sobre una compresa de gasa estéril y cubrirla con un extremo de la misma para evitar el escurrimiento, con esta medida se previene la contaminación de la conexión.
14. Ventilar y oxigenar al paciente antes de la aspiración para prevenir la hipoxemia, con el ambú de 4 a 5 respiraciones, intentando alcanzar el volumen de ventilación pulmonar del paciente. En caso de que el paciente respire en forma espontánea, coordinar las ventilaciones manuales con la propia inspiración del paciente. Al intentar ventilar al paciente en contra de sus propios movimientos respiratorios se puede producir barotrauma (lesión pulmonar debida a presión). Este procedimiento de preferencia realizarlo por dos enfermeras (os).
15. Lubricar la punta de la sonda con la solución para irrigación.
16. Introducir la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueostomía o endotraqueal (según corresponda) suavemente, durante la inspiración del paciente, hasta encontrar una ligera resistencia.
17. Realizar la aspiración del paciente, retirando la sonda 2 - 3 cm, una vez introducida (para evitar la presión directa de la punta de la sonda) mientras se aplica una espiración intermitente presionando el dispositivo digital (válvula de presión) utilizando la mano no dominante. Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda, tomándola con los dedos pulgar e índice. La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos que es el tiempo máximo de cada aspiración. Si existe alguna complicación suspender el procedimiento.
18. Oxigenar al paciente utilizando el ambú conectado al sistema de administración de oxígeno al 100%, realizando de 4 a 5 ventilaciones manuales, antes de intentar otro episodio de aspiración.
19. En este momento se puede administrar en la tráquea la solución para irrigación estéril a

microorganismos o partículas de materias de la bomba de vacío.

- Cambiar los frascos del sistema de aspiración cada ocho horas en caso de equipos portátiles, y el contenedor desechable en caso de equipos fijos cada 24 horas o antes de ser necesario.

través de la vía aérea artificial si las secreciones son espesas. Inyectar de 1 a 1.5cm de solución durante la inspiración espontánea del paciente y posteriormente oxigenar al paciente con el propósito que al realizar la reanimación manual, con ello se estimula la producción de tos y se distribuye la solución logrando despegar las secreciones. (La utilidad de este procedimiento es muy controvertida).

20. Aspirar las secreciones de acuerdo a las instrucciones anteriores.
21. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con solución para irrigación.
22. Continuar con la aspiración de secreciones, hasta que las vías aéreas queden sin secreciones acumuladas, realizando la reanimación manual entre cada aspiración. Otorgar de cuatro a cinco ventilaciones, con esto se permite la expansión pulmonar y previene la atelectasia.
23. Conectar nuevamente al paciente al ventilador o aplicar CPAP u otro dispositivo de suministro de oxígeno.
24. Desechar el material de acuerdo a lo estipulado en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002
25. Aspirar las secreciones orofaríngeas utilizando una nueva sonda de aspiración.
26. Observar y valorar la cifra de los signos vitales en el monitor, y/o realizar la técnica de verificación.
27. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.
28. Realizar la higiene bucal del paciente.

Documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del paciente. Asimismo, anotar la naturaleza y características de las secreciones en lo que se refiere a su consistencia, cantidad, olor y coloración.

<p>través de la vía aérea artificial si las secreciones son espesas. Inyectar de 1 a 1.5cm de solución durante la inspiración espontánea del paciente y posteriormente oxigenar al paciente con el propósito que al realizar la reanimación manual, con ello se estimula la producción de tos y se distribuye la solución logrando despegar las secreciones. (La utilidad de este procedimiento es muy controvertida).</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Aspirar las secreciones de acuerdo a las instrucciones anteriores. 21. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con solución para irrigación. 22. Continuar con la aspiración de secreciones, hasta que las vías aéreas queden sin secreciones acumuladas, realizando la reanimación manual entre cada aspiración. Otorgar de cuatro a cinco ventilaciones, con esto se permite la expansión pulmonar y previene la atelectasia. 23. Conectar nuevamente al paciente al ventilador o aplicar CPAP u otro dispositivo de suministro de oxígeno. 24. Desechar el material de acuerdo a lo estipulado en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 25. Aspirar las secreciones orofaríngeas utilizando una nueva sonda de aspiración. 26. Observar y valorar la cifra de los signos vitales en el monitor, y/o realizar la técnica de verificación. 27. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios. 28. Realizar la higiene bucal del paciente. <p>Documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del paciente. Asimismo, anotar la naturaleza y características de las secreciones en lo que se refiere a su consistencia, cantidad, olor y coloración.</p>	
<p>Intervención de enfermería/acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	<p>Fundamentación</p>
<ol style="list-style-type: none"> 2. Realizar cambios de posición para facilitar el drenaje de las secreciones. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicar al paciente que se le realizara cambio de posición. 	<p>El drenaje postural consiste en utilizar técnicas de posicionamiento que arrastran las secreciones de segmentos específicos de los pulmones y</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. ▪ Colocar al paciente en posición semi-fowler. ▪ Posiciones para el drenaje postural. <ul style="list-style-type: none"> • Bilateral: posición de Fowler elevada • Lóbulo superior izquierdo-segmento anterior: decúbito supino con la cabeza elevada. • Lóbulo superior derecho-segmento posterior: decúbito lateral con el lado derecho del tórax elevado con cojines. • Lóbulo superior izquierdo-segmento posterior: decúbito lateral izquierdo del tórax elevado con cojines. 	los bronquios hacia la tráquea. (Potter 5ª edición)
Intervención de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
3. Realizar la valoración del sistema respiratorio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia clínica ▪ Inspección general ▪ Exploración física <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al cuidador primario la fisiología del aparato respiratorio. • Identificar los riesgos en la necesidad de oxigenación. • Valorar la frecuencia respiratoria del paciente y auscultar los sonidos pulmonares. 	La historia de enfermería se debería centrar en la capacidad del paciente en satisfacer la necesidad de oxígeno, la cual debe incluir presencia de tos, dificultad respiratoria, sibilancias, dolor, exposiciones ambientales, frecuencia de infecciones del tracto respiratorio, factores de riesgo pulmonar, alteraciones respiratorias anteriores y medicación actual. (Potter, 5ª edición)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Observar, Palpar, percutir y auscultar campos pulmonares y área cardiaca.• Observar en color de la piel y mucosas en busca de palidez y cianosis.• Delimitar las molestias del patrón respiratorio. | |
|---|--|

Evaluación

El material y el espacio físico fueron adecuados y suficientes para la realización de las intervenciones por lo que estas se llevaron a cabo en tiempo y forma. Mediante las intervenciones implementadas se consiguió mantener las vías aéreas permeables, por lo que podemos decir que el objetivo se consiguió, aunque permanece en el mismo grado y nivel de dependencia ya que no es posible por las condiciones del paciente realizar retiro de la ventilación mecánica.

Necesidad: **Termorregulación**

Diagnóstico de enfermería: Alteración del bienestar físico r/c disminución de la temperatura corporal m/p frialdad de la piel, pilo erección y temperatura de 35.5.

Fecha de identificación: 28-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: El paciente tendrá una temperatura corporal mayor a 36°C durante el turno, mediante el uso de medios físicos.

Intervención de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>1. Monitorizar signos vitales especialmente la temperatura cada 4 horas.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Controlar periódicamente la temperatura.▪ Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura.▪ Observar y registrar signos de hipotermia.▪ Observar la presencia y calidad de los pulsos.▪ Controlar periódicamente la pulsioximetría.▪ Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.▪ Observar si hay cianosis central y periférica.	<p>La temperatura es el calor o el frío de una sustancia. La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de calor perdida al ambiente externo.</p> <p>La temperatura de la superficie fluctúa en función del flujo sanguíneo a la piel y de la cantidad de calor perdido. La temperatura aceptable del ser humano tiene límites desde 36° hasta 38° C. La zona de medición de la temperatura es un factor que determina la temperatura del paciente dentro de estos límites.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar si hay llenado capilar normal. ▪ Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados. 	
<p>Intervención de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>2. Tratar las causas de la hipotermia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retirar al paciente del frío y colocarlo en un ambiente cálido. ▪ Quitar la ropa fría, mojada y cambiarla por otra cálida y seca. ▪ Monitorizar la temperatura del paciente. ▪ Observar si existen condiciones médicas subyacentes que puedan precipitar la hipotermia. ▪ Minimizar la estimulación del paciente. ▪ Instaurar medidas activas de calentamiento externo (colocación de mantas). ▪ Monitorizar el color y la temperatura de la piel. ▪ Monitorizar signos vitales. ▪ Registrar si existe bradicardia. ▪ Valorar el estado de la piel de forma rutinaria. 	<p>Hipotermia es el descenso involuntario de la temperatura corporal por debajo de 35 °C. Si hace mucho frío, la temperatura corporal desciende bruscamente. Se considera hipotermia leve cuando la temperatura corporal se sitúa entre 33 °C y 35 °C, y va acompañada de temblores, confusión mental y torpeza de movimientos. Entre 30 °C y 33 °C se considera hipotermia moderada y a los síntomas anteriores se suman desorientación, estado de seminconsciencia y pérdida de memoria. Por debajo de los 30 °C se trata de una hipotermia grave, y comporta pérdida de la consciencia, dilatación de pupilas, descenso de la tensión y latidos cardíacos muy débiles y casi indetectables.</p> <p>(http://es.wikipedia.org/wiki/Hipotermia)</p>

Intervención de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>3. Regular la temperatura corporal durante el turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas. ▪ Observar el color y la temperatura de la piel. ▪ Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. ▪ Enseñar al cuidador primario, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío. ▪ Utilizar mantas para ajustar la temperatura corporal alterada. ▪ Realizar una gráfica de curva térmica. 	<p>El equilibrio entre el calor perdido y el calor producido, o termorregulación, está regulado de manera precisa mediante mecanismos fisiológicos y conductuales. Para que la temperatura corporal permanezca constante dentro de unos límites aceptables, debe mantenerse la relación entre el calor producido y el calor perdido. Esta relación está regulada por mecanismos neurológicos y cardiovasculares. La enfermera aplica el conocimiento de los mecanismos del control de la temperatura para fomentar la regulación de la temperatura.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>

Evaluación

Se conto con los recursos necesarios para la implementación de los cuidados. El objetivo se logró ya que la temperatura corporal se mantuvo en 36.2°C durante el turno, pero se mantiene en dependencia quedando en un nivel 3.

Necesidad: **Seguridad y protección**

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección sistémica r/c procedimientos invasivos (traqueostomía, gastrostomía)

Fecha de identificación: 22-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: Carlos se mantendrá libre de infección por medio de acciones preventivas durante su hospitalización.

Intervención de enfermería/ acciones	Fundamentación
Tipo de intervención: Directa-independiente	
1. Otorgar protección contra las infecciones <ul style="list-style-type: none">▪ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.▪ Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.▪ Mantener las normas de asepsia.▪ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas comprometidas.▪ Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor o salida de líquido purulento en las zonas comprometidas.▪ Instruir a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y avisar en caso de estos.▪ Enseñar a la familia a evitar infecciones.	

Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>2. Realizar cuidados a las ostomías</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir al cuidador primario en la utilización del material para los cuidados del estoma. ▪ Ayudar al cuidador primario a obtener el material necesario. ▪ Utilizar un dispositivo que se adapte adecuadamente al estoma. ▪ Verificar que la curación del estoma se haga en forma correcta. ▪ Ayudar al cuidador primario a planificar la rutina de los cuidados. ▪ Instruir al cuidador primario para vigilar la presencia de posibles complicaciones (rotura mecánica, fugas). ▪ Proporcionar apoyo y asistencia mientras el cuidador primario desarrolla la técnica para el cuidado de los estomas. 	<p>Un estoma es una apertura natural o quirúrgicamente creada, que une una parte de una cavidad corporal con el exterior. Los procedimientos quirúrgicos mediante los cuales los estomas son creados terminan en el sufijo "-ostomía" y comienzan con un prefijo que denota el órgano o el área que se opera.</p> <p>La sonda de gastrostomía y traqueostomía deben cuidarse adecuadamente y de forma continua con lo cual se evitarán complicaciones y se prolongará su vida.</p> <p>(http://es.wikipedia.org/wiki/Estoma_%28medicina%29)</p>
Intervención de enfermería/acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>3. Valorar la necesidad de seguridad y protección.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia clínica ▪ Inspección general ▪ Exploración física <ul style="list-style-type: none"> • Inspección 	<p>La seguridad a menudo definida como permanecer libre de lesiones psicológicas y fisiológicas, constituye una necesidad humana básica que debe ser satisfecha. Los cuidados sanitarios, proporcionados de manera segura, y en un entorno seguro son esenciales para la</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Palpación • Percusión • Auscultación 	<p>supervivencia y el bienestar del paciente. La enfermera al emplear el proceso enfermero es responsable de la valoración del paciente y de los riesgos del entorno que amenazan su seguridad, además de planificar e intervenir adecuadamente para mantener el entorno seguro. Al hacerlo la enfermera no sólo es la que proporciona el cuidado agudo, restaurador y continuado, sino que es una participante activa en la promoción de la salud.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>
--	--

Evaluación

El material y la infraestructura fueron adecuados y suficientes para implementar las intervenciones, estas se llevaron a oportunidad.

El objetivo planteado se alcanzó ya que Carlos se mantiene sin signos de infección, aunque se mantiene en el mismo grado y nivel de dependencia.

Necesidad: **Descanso y sueño**

Diagnóstico de enfermería: Trastorno del patrón del sueño: insomnio r/c ruido y medio ambiente hospitalario m/p cambios en el ciclo del sueño.

Fecha de identificación: 29-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia intermedia crónica de algunos meses nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Ayuda

Objetivo: Carlos mejorará su patrón del sueño en un plazo no mayor a 1 mes, a través de la protección de estímulos del medio ambiente.

Intervención de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>1. Manipular el ambiente para conseguir beneficios terapéuticos.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Crear un ambiente seguro para el paciente.▪ Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas.▪ Proporcionar una habitación individual.▪ Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos.▪ Arreglar con esmero la ropa de cama.▪ Disminuir los estímulos ambientales.▪ Evitar las exposiciones innecesarias a corrientes de aire o frío.▪ Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.▪ Proporcionar música relajante.	<p>El entorno físico en el que duerme una persona tiene una influencia importante sobre la capacidad de conciliar el sueño y permanecer dormido. Una buena ventilación es esencial para un sueño reparador. El sonido también influye en el sueño, en los hospitales el ruido crea problemas a los pacientes, el grado de ruido de los hospitales suele ser elevado. Una conversación normal alcanza unos 50 decibeles.</p> <p>Los destellos de luz pueden afectar la capacidad para dormir.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar auriculares para escuchar música en privado cuando ésta pueda molestar a otras personas. ▪ Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos. ▪ Limitar las visitas. 	
Intervención de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>2. Modificar el ambiente para proporcionar confort.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar los objetivos de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima. ▪ Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas (compañeros de habitación con necesidades similares). ▪ Proporcionar una habitación individual si la necesidad del paciente y la familia son el silencio y el descanso. ▪ Evitar interrupciones innecesarias y permitir los periodos de reposo. ▪ Crear un ambiente tranquilo. ▪ Proporcionar un ambiente limpio y seguro. ▪ Determinar las fuentes de incomodidad por ejemplo ruido, luz excesiva, etc. ▪ Evitar exposiciones innecesarias a 	<p>Un descanso y un sueño apropiados son tan importantes para la salud como una buena nutrición. Los individuos necesitan diferentes cantidades de sueño y descanso. La salud física y emocional depende de la capacidad para satisfacer estas necesidades humanas básicas. Sin las cantidades apropiadas de sueño descanso, la capacidad para concentrarse, emitir juicios y participar en las actividades diarias disminuye y la irritabilidad aumenta.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>

<p>corrientes de aire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajustar la iluminación, evitando la luz directa en los ojos. ▪ Facilitar medidas de higiene que favorezcan la comodidad. ▪ Colocar al paciente de manera que se facilite la comodidad (alineación corporal, apoyo con almohadas). ▪ Vigilar la piel especialmente en áreas de prominencias óseas, por si hubiera irritación o signos de presión. ▪ Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes. 	
<p>Intervención de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>3. Implementar acciones para mejorar el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar la importancia de un sueño adecuado. ▪ Comprobar el esquema de sueño y observar las circunstancias físicas que interrumpen el sueño (ruidos y luz). ▪ Ajustar el ambiente (luz, ruidos) para favorecer e sueño. ▪ Enseñar al cuidador primario a realizar una relajación muscular de inducción al sueño. ▪ Llevar a cabo medidas agradables de 	<p>El sueño es un proceso fisiológico cíclico que se alterna con largos períodos de vigilia. Este ciclo influye y regula funciones fisiológicas y respuestas de conducta. Las personas experimentan ritmos cíclicos como parte de su vida diaria. El ritmo más familiar es el de 24 hrs, ciclo día-noche conocido como ritmo circadiano o diurno.</p> <p>Los ritmos circadianos, incluyendo los ciclos diarios sueño-vigilia, están afectados por la luz y la temperatura y por factores externos. Todas las personas poseen relojes</p>

<p>contacto afectuoso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar el aumento de las horas de sueño. ▪ Promover siestecillas durante el día para cumplir con las necesidades de sueño. ▪ Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos del sueño de al menos 90 min. ▪ Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. ▪ Comentar con el cuidador primario técnicas para favorecer el sueño. 	<p>biológicos que sincronizan los ciclos de sueño.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>
<p>Intervención de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>4. Proporcionar terapia de relajación simple.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, masaje). ▪ Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves. ▪ Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. ▪ Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. ▪ Alentar la demostración de la técnica 	<p>La relajación es una "inactividad" tan saludable como el deporte. Consiste, como se puede deducir, en aflojar los músculos del cuerpo con el fin de conseguir una agradable sensación de bienestar.</p> <p>(http://es.wikipedia.org/wiki/Masaje)</p>

<p>de relajación por parte del cuidador primario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación. ▪ Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación. ▪ Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas. ▪ Permitir el descanso cuando el paciente se encuentre dormido. ▪ Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida. ▪ Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación. 	
<p>Intervención de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>5. Dar masaje simple.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un período de tiempo para que el masaje consiga la respuesta deseada. ▪ Seleccionar la zona o zonas que han de masajearse. ▪ Lavarse las manos con agua caliente. ▪ Preparar un ambiente cálido y cómodo. 	<p>El masaje es tanto un arte como una ciencia, en cuanto a arte posee una parte técnica, viva y por ello en constante cambio y adaptación. Sus beneficios han llegado hasta nuestros días evolucionando desde las técnicas más simples para proporcionar relajación y favorecer el sueño, hasta el desarrollo específico de algunas más complejas para aliviar o eliminar dolencias concretas del cuerpo</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite el masaje. ▪ Descubrir sólo la zona que se va a masajear. ▪ Utilizar una loción, aceite o polvo para reducir la fricción, valorando cualquier sensibilidad. ▪ Calentar la loción o aceite en la palma de las manos o girando la botella bajo agua caliente durante varios minutos. ▪ Hacer el masaje con movimientos continuos, uniformes, largos, de rodillo o vibración con palmas, dedos y pulgares. ▪ Masajear las manos o los pies si resulta más cómodo para Carlos. ▪ Animar a Carlos a que se relaje durante el masaje. ▪ Observar si en alguna parte el masaje es incómodo. ▪ Evaluar y registrar la respuesta al masaje. 	<p>o el organismo.</p> <p>Técnicamente, es un método de valoración (mediante la palpación) y de tratamiento manual, aplicado sobre la cubierta corporal y transmitido por la presión mecánica de las manos a los diferentes órganos del cuerpo humano.</p> <p>(http://es.wikipedia.org/wiki/Masaje)</p>
<p>Intervención de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>6. Proporcionar musicoterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar las preferencias de Carlos. ▪ Informar al cuidador primario el propósito de la experiencia musical. 	<p>Una distracción eficaz es la música, que disminuye el dolor fisiológico, el estrés y la ansiedad, al crear relajación. La enfermera puede utilizar música de forma creativa en muchas situaciones clínicas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar a Carlos en una posición cómoda. ▪ Limitar los estímulos externos (luces, sonidos, teléfono). ▪ Asegurarse que el equipo a utilizar este en buenas condiciones. ▪ Utilizar auriculares, cuando sea conveniente. ▪ Asegurarse que el volumen sea el adecuado. ▪ Evitar dejar la música durante largos períodos. ▪ Evitar música estruendosa. 	<p>En el tratamiento musical se utilizan la música clásica, la popular y la no tradicional (música sin períodos de silencio o voces). Debe ser escuchada durante al menos 15 min para tener efectos terapéuticos.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>
<p>Intervención de enfermería/ acciones</p> <p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	<p style="text-align: center;">Fundamentación</p>
<p>7. Realizar técnica de relajación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablar suavemente. ▪ Ofrecer tranquilidad. ▪ Mantener contacto visual con Carlos. ▪ Facilitar “tiempos muertos” en la habitación. ▪ Sentarse y platicar con Carlos. ▪ Realizar caricias. ▪ Reducir o eliminar los estímulos. ▪ Identificar a los seres queridos cuya 	<p>La persona se duerme sólo cuando se siente cómoda y relajada. Las pequeñas irritaciones pueden mantener despierto al paciente. Los lactantes y niños pequeños deben usar ropas de cama suaves y de algodón, que los mantendrán cómodos y calientes. Los pacientes deberían llevar pijamas holgadas.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>

presencia pueda ayudar al paciente.

- Permanecer con Carlos.
- Realizar masaje en la espalda.

Evaluación

La infraestructura y los recursos con los que se contaron fueron adecuados y suficientes, las intervenciones se llevaron a cabo en tiempo y forma.

El objetivo planteado es a largo plazo, por lo que considero que se logro parcialmente, ya que se consiguió el descanso y sueño de Carlos durante 8 hrs seguidas, pero no se consiguió regularizar el ciclo del sueño, por lo que se mantiene en el mismo nivel y grado de dependencia.

Necesidad: **Eliminación**

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento r/c disminución de la motilidad intestinal m/p disminución de la frecuencia normal de evacuación intestinal.

Fecha de identificación: 22-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: Carlos disminuirá los periodos de estreñimiento durante su hospitalización, mediante la realización de ejercicios pasivos.

Intervención de enfermería/ acciones	Fundamentación
Tipo de intervención: Directa/ independiente	<p>El estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad. Es una disminución de la frecuencia de los movimientos intestinales acompañada por un prolongado o difícil paso de heces duras y secas.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>
1. Realizar acciones para el manejo diario del estreñimiento	
<ul style="list-style-type: none">▪ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.▪ Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.▪ Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia y consistencia.▪ Vigilar la existencia de peristaltismo.▪ Avisar al médico acerca de disminución de la frecuencia del peristaltismo.▪ Avisar al médico cuando el tiempo transcurrido de la última deposición sea mayor a 24 hrs.▪ Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento.▪ Enseñar a la familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir a la familia sobre el uso correcto de laxantes. ▪ Instruir a la familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación. ▪ Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces. ▪ Pesar al paciente regularmente. ▪ Enseñar a la familia el tiempo de resolución del estreñimiento. 	
<p>Intervención de enfermería/acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>2. Realizar maniobras para el manejo intestinal 1 vez por turno</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia y consistencia. ▪ Observar si hay sonidos intestinales. ▪ Informar si hay disminución de sonidos intestinales. ▪ Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación. ▪ Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad. ▪ Instruir a los miembros de la familia a 	<p>El tracto gastrointestinal está constituido por una serie de órganos huecos recubiertos de capas mucosas y musculares. Las funciones de estos órganos son: absorber líquidos y nutrientes, preparar los alimentos para la absorción y uso por las células del organismo, y contribuir al almacenamiento temporal de los desechos.</p> <p>(Potter, 5^a edición)</p>

<p>registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. 	
<p>Intervención de enfermería/acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>3. Ejecutar acciones para implementar la medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica. <p>❖ Contumax 13 gr. c/24 hrs disuelto en 240 ml de agua por SGT.</p>	<p>Existen medicamentos que contribuyen a la defecación. Los laxantes reblandecen las heces y estimulan el peristaltismo.</p> <p>(Potter, 5^a edición)</p> <p>Poli etilenglicol 3350 es un agente osmótico que induce la retención de agua por la materia fecal, con lo cual ésta aumenta su volumen, reblandeciendo su consistencia y facilitando su eliminación. El poli etilenglicol 3350 no es absorbido en sujetos sanos sin estreñimiento, de hecho, hay una recuperación completa del poli etilenglicol 3350 (PEG 3350) en heces. En sujetos constipados la recuperación del PEG es parcial y variable. Esto no significa que PEG 3350 se absorba en el intestino; pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino no mostraron una absorción mayor en comparación con sujetos normales. Estudios in vitro mostraron indirectamente que</p>

poli etilenglicol 3350 no fue fermentado a hidrógeno o metanol por la microflora del colon en las heces humanas. No se ha demostrado que CONTUMAX®, poli etilenglicol 3350 tenga algún efecto sobre la absorción activa y la secreción de glucosa o electrolitos. No produce taquifilaxia.

- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Determinar el conocimiento del familiar sobre la medicación.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Enseñar a la familia el método de administración de los fármacos.
- Explicar a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.
- Obtener la orden médica para la automedicación del paciente.

Intervención de enfermería/acciones	Fundamentación
Tipo de intervención: Directa-independiente	
<p>4. Implementar una terapia de ejercicios diariamente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. ▪ Realización de ejercicios para la estimulación intestinal. <ul style="list-style-type: none"> ❖ Masaje abdominal: con la mano cerrada realizar movimientos rotatorios desde el lado derecho subiendo hasta el centro, atravesando el abdomen hacia el lado derecho y bajar hasta la fosa ilíaca izquierda, es decir, siguiendo el intestino grueso hacia el ano. ▪ Explicar a la familia el objeto y el plan de ejercicios. ▪ Vestir al paciente con ropas cómodas. ▪ Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio. ▪ Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo. ▪ Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado. 	<p>La actividad física estimula el peristaltismo, mientras que la inmovilización lo deprime. Es importante el mantenimiento del tono de los músculos esqueléticos, que actúan durante la defecación. La afectación de los músculos abdominales y del suelo pélvico alteran la capacidad de incrementar la presión intraabdominal y el control del esfínter externo.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>

Ejercicios para la cadera y rodilla:

Para empezar: Coloque la pierna derecha de la persona en posición plana sobre la cama. Coloque una de sus manos debajo del tobillo y su otra mano debajo de la rodilla. Enderece la pierna y regrésela a la posición plana después de cada ejercicio.

- Flexiones de cadera y rodilla: Doble lentamente la rodilla derecha lo más cerca que pueda hacia el pecho de la persona. Deslice la mano de debajo de la rodilla hacia la parte de encima del muslo para doblarle la rodilla completamente.
- Movimientos laterales de la pierna: Esto se hace de un lado a otro. Mueva la pierna derecha de la persona hacia el lado lo que más pueda. Regrese la pierna hacia el centro y crúzela en la dirección de la otra pierna.
- Rotaciones de la pierna: Esto se hace desde afuera hacia adentro. Con la pierna de la persona plana sobre la cama, ruede la pierna hacia la mitad de la cama de manera que el dedo gordo toque la cama. Ruede la pierna hacia afuera tratando de que el dedo chiquito toque la cama.
- Rotaciones de la rodilla: Esto se hace desde adentro hacia afuera. Mueva la rodilla derecha de la persona de manera que la planta del pie le quede sobre la cama. Ruede la pierna hacia adentro lo que más pueda. Trate de

Ejercicio físico es el movimiento controlado, realizado de forma activa o pasiva, que procura mantener el mejor tono muscular y articular, resulta importante para mantener la movilidad intestinal.

(González G. 2007)

tocar la cama con el dedo gordo.
Ruede la pierna hacia afuera lo más posible. Trate de tocar la cama con el dedo chiquito.

Repita los ejercicios anteriores con la pierna izquierda.

Evaluación

Los recursos con los que se conto fueron suficientes y adecuados, al igual que la infraestructura, las intervenciones se llevaron a cabo de forma ordenada y en el tiempo estipulado.

Mediante las intervenciones implementadas se logro disminuir al nivel 3 de dependencia.

Necesidad: **Nutrición e hidratación**

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas m/p peso corporal superior en un 80% al ideal según la talla y constitución corporal (NANDA 00001 dominio 2 clase 1)

Fecha de identificación: 22-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: Carlos tendrá una ingesta adecuada de nutrientes mediante la valoración adecuada de sus requerimientos nutricionales, en un plazo no mayor de 3 meses.

<u>Intervención de enfermería/ acciones</u>	Fundamentación
<u>Tipo de intervención: Directa-independiente</u>	
1. Implementar acciones para el manejo del peso. <ul style="list-style-type: none">▪ Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso ideal.▪ Determinar el peso corporal ideal de Carlos.▪ Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal de Carlos.▪ Animar al personal a registrar el peso semanalmente.▪ Avisar al médico a cargo de los hallazgos encontrados.	El peso es una medida habitual durante las revisiones de salud. La enfermera mide la altura y el peso de los lactantes y de los niños para valorar el crecimiento y el desarrollo. Normalmente el peso del paciente variará diariamente a causa de la pérdida o retención de líquidos. El paciente debe pesarse a la misma hora, en la misma báscula y con la misma ropa si es posible. (Potter, 5ª edición)
<u>Intervención de enfermería/ acciones</u>	
<u>Tipo de intervención: Directa-independiente</u>	
2. Realizar monitorización nutricional. <ul style="list-style-type: none">▪ Pesar a Carlos semanalmente.▪ Vigilar las tendencias de ganancia de peso.	El organismo requiere combustible que proporcione energía para el metabolismo celular, así como para la reparación, el funcionamiento orgánico, el crecimiento y el movimiento corporal. Las necesidades de energía de un individuo están influidas por

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlar el tipo y cantidad de ejercicio habitual. ▪ Vigilar la turgencia de la piel. ▪ Observar si el pelo está seco, es fino y es fácil de desprender. ▪ Comprobar el crecimiento y desarrollo. 	<p>varios factores. El requerimiento energético de una persona en reposo se conoce como tasa metabólica basal (TMB). La TMB es la energía necesaria para mantener las actividades vitales básicas (respiración, circulación, frecuencia cardíaca y temperatura).</p> <p>(Potter, 5ª edición)</p>
<p>Intervención de enfermería/ acciones</p>	<p style="text-align: center;">Fundamentación</p>
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	
<p>3. Implementar acciones para el manejo de la nutrición.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar en colaboración con el nutriólogo, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades. ▪ Pesar a Carlos semanalmente. 	<p>Los nutrientes son los elementos necesarios para los procesos y las funciones corporales. Las necesidades de energía son cubiertas por 6 categorías de nutrientes: hidratos de carbono, proteínas, grasas, agua, vitaminas y minerales.</p> <p>(Potter, 5ª edición)</p>
<p>Intervención de enfermería/ acciones</p>	<p style="text-align: center;">Fundamentación</p>
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	
<p>4. Controlar la alimentación enteral por sonda de gastrostomía</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 24 hrs. ▪ Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45° durante la alimentación. ▪ Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 min antes de colocar al paciente en posición horizontal. ▪ Irrigar la sonda después de cada alimentación. 	<p>El término nutrición enteral se refiere a la administración de nutrientes a través del tracto gastrointestinal (GI). La nutrición enteral representa el método preferido para cubrir las necesidades nutricionales, siempre que el tracto GI del paciente este funcionando, al permitir el suministro de una nutrición fisiológica, segura y económica. La alimentación enteral se usa en pacientes con alto riesgo de aspiración.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>

- Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.
- Comprobar la frecuencia de bombeo cada hora.
- Observar si hay sensación de náuseas o vómito.
- Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos.
- Parar la alimentación si los residuos son mayores de 150ml.
- Mantener refrigerados los recipientes de la alimentación enteral.
- Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente y secar completamente.
- Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 hrs.
- Controlar el estado de líquidos y electrolitos.
- Controlar mensualmente si hay cambios en el crecimiento.
- Controlar la ingesta/excreción de líquidos.
- Controlar el peso semanalmente.

Evaluación

Los recursos físicos y humanos fueron adecuados en calidad y cantidad, las intervenciones se llevaron a cabo sin contratiempos.

El objetivo planteado es a largo plazo, por lo que el resultado continúa en valoración, pero hasta el momento continúa en el mismo grado y nivel de dependencia.

Necesidad: **Movimiento y postura**

Diagnóstico de enfermería: Dependencia en la necesidad de movimiento y postura r/c enfermedad crónica m/p no poder realizar ningún movimiento.

Fecha de identificación: 29-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: Carlos disminuirá su dependencia en la necesidad de movimiento y postura, en un plazo no mayor a 3 meses, mediante un programa de ejercicios establecidos.

<u>Intervenciones de enfermería/ acciones</u>	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>1. Realizar cambios de posición periódicamente.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Colocar a Carlos en un colchón terapéutico adecuado.▪ Explicar a Carlos que se le va a cambiar de posición.▪ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.▪ Colocar en una posición terapéutica.▪ Colocar en posición de alineación corporal correcta.	<p>Los cambios posturales consisten en la acción de mover, voltear, levantar o desplazar al paciente en la cama o cualquier otro lugar, de forma manual o usando aparatos mecánicos. Se aplican en pacientes que experimentan una limitación para el movimiento físico, ya sea total o parcial, favoreciendo en todo momento el refuerzo y restauración de la función de la movilidad, así como la prevención del deterioro de la misma.</p>
Alineamiento corporal.	(Paredes A. 2003)
<p>Consiste en colocar al paciente en posición funcional, es decir en una posición que impida la aparición de deformidades articulares y facilite la rápida recuperación del paciente.</p>	
<p>Decúbito supino: Tobillo en 90° Rodillas y caderas en extensión, evitando la rotación externa. Brazos separados unos 45° del cuerpo. Codo alternando flexión con extensión.</p>	

<p>Muñeca alineada con el antebrazo o en ligera flexión dorsal. Dedos en extensión o flexión de unos 30°. Primer dedo opuesto al resto. Cabeza con almohada baja. Tronco y abdomen alineados.</p> <p>Decúbito lateral:</p> <p>Los miembros inferiores se colocarán: la pierna sobre la que se apoya el paciente en extensión completa, con la articulación del tobillo en 90°, la otra pierna se colocará en flexión de 45° la rodilla y el tobillo a 90° con la pierna, con el fin de evitar la rotación interna de esa pierna y la aducción de la cadera se colocará una almohada debajo de la pierna.</p> <p>Los miembros superiores, el brazo sobre el que se apoya el paciente se pondrá en abducción y a 45° la articulación del codo se pondrá en ligera flexión y la mano igual que en decúbito supino. El brazo superior se colocará en ligera abducción ya un ángulo de 45° el codo se flexiona 90° y muñeca y dedos como en decúbito supino. Tronco y abdomen alineados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar en posición semi-fowler, para evitar obstrucción de la vía aérea. ▪ Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. 	
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>2. Realizar cuidados al paciente encamado durante su hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar a Carlos sobre un colchón terapéutico. ▪ Colocar a Carlos con una alineación corporal adecuada. 	<p>Una comprensión completa de la movilidad requiere algo más que una simple ojeada sobre los mecanismos corporales y la regulación del movimiento por el sistema nervioso y el musculoesquelético. La enfermera debe conocer de que forma la movilidad y la</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. ▪ Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. ▪ Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos. ▪ Aplicar dispositivos que eviten la contractura de las manos. ▪ Subir los barandales. ▪ Cambiarlo de posición, según el estado de la piel. ▪ Realizar cambios de posición según necesidades de Carlos. ▪ Vigilar el estado de la piel. ▪ Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivo. ▪ Ayudar con las medidas de higiene (baño). ▪ Observar si se produce estreñimiento. ▪ Controlar la función urinaria. ▪ Monitorizar el estado pulmonar. 	<p>inmovilidad afectan los sistemas corporales y las facetas psicosociales y de desarrollo de los pacientes. La movilidad hace referencia a la capacidad de la persona de moverse libremente en el entorno, y la inmovilidad a la incapacidad de moverse libremente. Para algunos pacientes la inmovilidad es absoluta y será así indefinidamente.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>3. Fomentar la realización del ejercicio pasivo prescrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar el nivel actual del cuidador sobre el conocimiento del ejercicio prescrito. ▪ Informar al cuidador los beneficios del ejercicio prescrito. 	<p>El ejercicio es una actividad física destinada a acondicionar al cuerpo, mejorar la salud y mantener la forma física, o bien se puede usar como medida terapéutica.</p> <p>El programa de ejercicio elegido y desarrollado para un</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar al cuidador como controlar la tolerancia a la actividad. ▪ Informar al cuidador acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. ▪ Instruir al cuidador para avanzar de forma segura en el ejercicio. ▪ Advertir al cuidador de los efectos del calor y frío extremos. ▪ Enseñar al cuidador los métodos de conservación de energía. ▪ Enseñar al cuidador una buena postura y la mecánica corporal. ▪ Observar al paciente mientras se realiza el ejercicio. ▪ Ayudar al cuidador a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad. ▪ Remitir al paciente al terapeuta ocupacional. ▪ Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados. 	<p>paciente depende en gran medida de la tolerancia a la actividad del individuo, o la clase y cantidad de ejercicio o actividad que la persona es capaz de realizar.</p> <p>Un programa regular de actividad física y ejercicio favorece la salud física y psicológica; también constituye una modalidad de tratamiento esencial para las enfermedades crónicas.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>4. Fomentar la terapia de ejercicios para promover la movilidad articular.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. ▪ Colaborar con la fisioterapeuta en la ejecución de los ejercicios. 	<p>La intervención más fácil para mantener y mejorar la movilidad articular para los pacientes y que puede coordinarse con otras actividades es la realización de ejercicios de amplitud de movimiento articular. En los ejercicios de movimiento</p>

- Determinar el nivel de motivación del cuidador para mantener el movimiento articular.
- Explicar al cuidador el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.
- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Proteger a Carlos de traumas durante el ejercicio.
- Colocar a Carlos en una posición óptima para el movimiento articular pasivo.
- Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo al programa establecido.
- Realizar ejercicios pasivos.

Ejercicios para los hombros y codos:

Para empezar: Coloque una mano debajo del codo de la persona y sosténgale la muñeca con su otra mano. Mantenga derecho el codo de la persona o dóblelo ligeramente si hay necesidad.

- Movimientos verticales de los hombros: Estos movimientos se hacen de arriba a abajo. Mueva la palma de la mano de la persona hacia adentro hacia el dirección cuerpo. Levante el brazo derecho de la persona hacia el lado y hacia arriba de su cabeza lo máximo posible. Trate de levantarlo de manera que la parte interna del brazo le toque la oreja. Baje el brazo de la persona y colóquelo sobre el lado.

articular activo, el paciente es capaz de mover las articulaciones por sí mismo. La enfermera mueve cada articulación en los ejercicios de **movimiento articular pasivo** en pacientes que no son capaces de realizar estos ejercicios por sí solos. Estos ejercicios mejoran la movilidad articular del paciente. Las articulaciones que no se mueven periódicamente pueden presentar contracturas, que es un acortamiento permanente de un músculo seguido del acortamiento posterior de ligamentos y tendones asociados. Con el transcurso del tiempo, la articulación se puede quedar fija en una posición y el paciente pierde el uso normal de esta.

(Potter 5ª edición)

- Movimientos laterales de los hombros: Estos movimientos son de un lado a otro. Levante el brazo derecho de la persona hacia el lado y hacia arriba de su cabeza lo máximo posible. Bájele el brazo y páselo hacia la parte frontal del cuerpo en la dirección del hombro izquierdo de la persona. Regrese el brazo de la persona hacia el lado.
- Rotación del hombro: Levante el brazo derecho de la persona hacia el lado. Doble el codo de manera que los dedos queden apuntando hacia arriba. Gire ahora el brazo de la persona de manera que los dedos queden apuntando hacia abajo en la dirección de los pies.
- Dobleces verticales del codo: Esto se hace de arriba a abajo. Con el brazo de la persona hacia el lado, gire la palma de la mano apuntando hacia el techo. Doble el brazo en el codo de manera que los dedos apunten hacia el techo. Continúe, si es posible, doblando el codo y toque con los dedos la parte frontal del hombro derecho de la persona. Regrese la mano de la persona hacia el lado.
- Dobleces laterales del codo: Esto se hace de un lado a otro. Sostenga el brazo derecho de la persona a la altura del hombro con la palma de la mano apuntando al techo. Doble el codo. Trate de hacer que las yemas de los dedos de la persona toquen la parte de encima del hombro derecho.

Repita los ejercicios anteriores con el brazo izquierdo.

Ejercicios para el antebrazo y la muñeca:

Para empezar: Comience con los brazos de

la persona a los lados. Con una de sus manos sujete un poco más abajo de la muñeca y con la otra sosténgale la mano a la persona.

- Rotación de la muñeca: Sostenga la muñeca y mano del brazo derecho de la persona de manera que la palma de la mano apunte hacia el piso. Dejando el codo sobre la cama, levante el antebrazo hacia arriba. Sostenga la mano y dóblela en la dirección de la muñeca y luego llévela hacia abajo hasta que sienta resistencia. Mueva la mano de un lado a otro. Haga rotaciones con la mano como si estuviera haciendo círculos.
- Palma arriba y abajo: Con el codo y antebrazo de la persona sobre la cama, levántele la mano. Con suavidad muévale la palma de la mano hacia arriba en la dirección del techo. Ahora muévale la mano de manera que la palma quede apuntando al piso.

Repita los ejercicios anteriores con el brazo izquierdo.

Ejercicios para la mano y los dedos:

Para empezar: Con una de sus manos, sostenga la muñeca de la persona para enderezarla. Con su otra mano sosténgale la mano y hágale los ejercicios en la mano y los dedos.

- Flexiones de los dedos: Coloque su mano detrás de la mano de la persona y empúñele la mano. Ábrale la mano y enderécele los dedos.
- Estiramiento de los dedos: Abra la mano de la persona y estírele los dedos lo más aparte posible. Únale de

nuevo los dedos.

- Toques de los dedos: Haga este ejercicio tocándole la yema del dedo gordo de la mano de la persona con los otros dedos uno por uno.
- Toques de la palma de la mano: Descanse el dedo gordo de manera que descansa atravesado en la palma de la mano de la persona. Muévelo hacia el lado de nuevo.
- Círculos con el dedo gordo: Mueva el dedo gordo de la persona como si estuviera haciendo círculos.

Repita los ejercicios anteriores en los dedos de la otra mano de la persona.

Ejercicios para la cadera y rodilla:

Para empezar: Coloque la pierna derecha de la persona en posición plana sobre la cama. Coloque una de sus manos debajo del tobillo y su otra mano debajo de la rodilla. Enderece la pierna y regrésela a la posición plana después de cada ejercicio.

- Flexiones de cadera y rodilla: Doble lentamente la rodilla derecha lo más cerca que pueda hacia el pecho de la persona. Deslice la mano de debajo de la rodilla hacia la parte de encima del muslo para doblarle la rodilla completamente.
- Movimientos laterales de la pierna: Esto se hace de un lado a otro. Mueva la pierna derecha de la persona hacia el lado lo que más pueda. Regrese la pierna hacia el centro y crúcela en la dirección de la otra pierna.
- Rotaciones de la pierna: Esto se hace desde afuera hacia adentro. Con la

pierna de la persona plana sobre la cama, rueda la pierna hacia la mitad de la cama de manera que el dedo gordo toque la cama. Ruede la pierna hacia afuera tratando de que el dedo chiquito toque la cama.

- Rotaciones de la rodilla: Esto se hace desde adentro hacia afuera. Mueva la rodilla derecha de la persona de manera que la planta del pie le quede sobre la cama. Ruede la pierna hacia adentro lo que más pueda. Trate de tocar la cama con el dedo gordo. Ruede la pierna hacia afuera lo más posible. Trate de tocar la cama con el dedo chiquito.

Repita los ejercicios anteriores con la pierna izquierda.

Ejercicios para el tobillo y pie:

Para empezar: Con una de sus manos, sosténgale el tobillo a la persona y con su otra mano sosténgale la planta del pie.

- Flexiones de tobillo: Empuje el pie de la persona levantando los dedos del pie lo que más pueda en la dirección del techo. Ahora ponga su mano sobre la parte de encima del pie y empuje el pie hacia abajo.
- Rotación de tobillo: Sostenga el pie de la persona con una mano al nivel del tobillo y la otra sobre la parte de encima del pie. Con suavidad mueva el tobillo y pie como si estuviera haciendo círculos.
- Flexiones de los dedos: Con la palma de su mano sobre la parte de encima del pie de la persona, encoja los dedos hacia abajo en la dirección de la planta del pie. Luego, enderece los

<p>dedos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Separación de los dedos: Use sus dedos para separar los dedos del pie de la persona y luego únalos de nuevo. ▪ Enseñar al cuidador a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos. ▪ Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios. ▪ Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular. ▪ Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones. 	
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p> <p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>5. Implementar medidas para la vigilancia de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas. ▪ Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. ▪ Vigilar el color y la temperatura de la piel. ▪ Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas y pérdida de integridad. ▪ Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. 	<p>La piel o sistema tegumentario es el órgano corporal más grande. Constituye una sexta parte del peso total del cuerpo. El tegumento es una barrera protectora contra los microorganismos causantes de enfermedad; es un órgano sensorial de dolor, temperatura y tacto, y puede sintetizar la vitamina D. las heridas del tegumento constituyen un riesgo para la salud y desencadena una respuesta de cicatrización.</p> <p>(Potter 5ª edición)</p>

- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Observar si la ropa le queda ajustada.
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.
- Instruir al cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.

Evaluación

Se conto con el material y los recursos necesarios para la realización de las intervenciones por lo que estas se llevaron a cabo en tiempo y forma. Carlos se mantiene en el mismo grado y nivel de dependencia, por lo que podemos decir que el objetivo no se cumplió, pero no presento rigidez de las articulaciones.

Necesidad: **Vestido y desvestido**

Diagnóstico de enfermería: Dependencia en el vestido r/c falta de conocimiento del cuidador primario para vestirlo de acuerdo a la temporada m/p ropa inadecuada.

Fecha de identificación: 29-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: El paciente mejorará su dependencia en el vestido, mediante la elección de ropa adecuada a la temporada, en un tiempo no mayor a 30 días

<u>Intervenciones de enfermería/ acciones</u>	
<u>Tipo de intervención: Directa-independiente</u>	Fundamentación
1. Mejorar el vestir de Carlos <ul style="list-style-type: none">▪ Vestir a Carlos después de completar la higiene personal.▪ Vestir a Carlos con ropas que no le aprieten.▪ Vestir a Carlos con ropas personales.▪ Elegir la ropa adecuada a la temporada.	Es importante mantener las preferencias y hábitos previos del paciente siempre y cuando no generen riesgos para él. Lo importante es vestirlo cómodo y de acuerdo a la temporada. (Slachevsky A. 2007)
<u>Intervenciones de enfermería/ acciones</u>	
<u>Tipo de intervención: Directa-independiente</u>	Fundamentación
2. Implementar acciones para la enseñanza individual del vestir. <ul style="list-style-type: none">▪ Determinar las necesidades de enseñanza del cuidador acerca del vestido.▪ Valorar el nivel actual de conocimientos del cuidador sobre el vestido.▪ Valorar el estilo de aprendizaje del cuidador.▪ Instruir al cuidador primario sobre la importancia del uso de prendas adecuadas a la temporada.	El vestido fue creado para proteger contra el frío y agentes climáticos. En la actualidad las prendas de vestir se fabrican con una gran variedad de telas y su estilo depende de las condiciones del clima, de la moda y del dinero que se tenga para adquirir trajes, zapatos y accesorios de una u otra marca y calidad. (Pulido O. 2004)

- Facilitar el ingreso de las prendas de vestir.

Evaluación

El material y los recursos con los que se conto fueron adecuados en cantidad y calidad, las intervenciones realizadas fueron llevadas a cabo con oportunidad por lo que se logró llevar a un nivel 4 el grado de dependencia

Necesidad: **Higiene**

Diagnóstico de enfermería: Dependencia en la higiene (aseo bucal) r/c falta de conocimiento del cuidador primario para realizar el aseo m/p halitosis y placa dentobacteriana.

Fecha de identificación: 29-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: El paciente mejorará su higiene bucal mediante la capacitación del cuidador primario para realizar el aseo durante los siguientes 3 días.

Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
3. Fomentar el mantenimiento de la salud bucal <ul style="list-style-type: none">▪ Establecer una rutina de cuidados bucales.▪ Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral.▪ Observar el color y el brillo de los dientes.▪ Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia con fármacos.▪ Realizar aseo bucal a Carlos.▪ Observar si hay signos y síntomas de estomatitis.	La salud bucal es la ausencia de cualquier patología en la lengua, maxilares, dientes y mucosa de la boca. Las infecciones de la lengua, maxilares, mucosa de la boca y dientes, dependen directamente de la higiene bucal personal diaria que se realice. Cuando la higiene dental es incorrecta aparecen las enfermedades dentales. (Laserna S. 2008)
Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
4. Implementar acciones para la enseñanza individual. <ul style="list-style-type: none">▪ Determinar las necesidades de enseñanza del cuidador.▪ Valorar el nivel actual de conocimientos del cuidador.	La salud oral como exponente de una buena higiene oral es un índice de salud, del mejor mantenimiento de la salud que pretende la medicina preventiva. Es responsabilidad del equipo de salud promocionar la higiene oral y la salud oral.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar el estilo de aprendizaje del cuidador. ▪ Instruir al cuidador primario. 	(Laserna S. 2008)
Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>5. Implementar acciones para fomentar la salud bucal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito. ▪ Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad. ▪ Fomentar las revisiones dentales regulares. ▪ Realizar el aseo bucal. ▪ Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal. ▪ Masajear las encías. 	<p>Dentro de la boca existen normalmente microorganismos llamados bacterias, pequeños seres vivos que sólo son visibles al microscopio. Éstas, junto con la saliva y los restos de comida, suelen favorecer sobre los dientes la formación de una película pegajosa, casi transparente, conocida como placa dental, la cual constituye un foco propicio para la reproducción de cierto tipo de bacterias que originan la caries y las enfermedades de las encías.</p> <p>(García D. 2005)</p>

Evaluación

Los recursos con los que se cuenta son suficientes y adecuados para la implementación de las intervenciones, por lo que estas se llevaron a cabo en tiempo y forma.

El cuidador primario comprendió y aplicó las acciones a realizar por lo que el objetivo se cumplió y se llevo a la independencia.

Necesidad: **Comunicación**

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la comunicación r/c falta de conocimiento del cuidador primario sobre métodos de comunicación no verbal m/p no poder comunicarse.

Fecha de identificación: 28-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: El paciente mejorará su dependencia en la necesidad de comunicación mediante la capacitación del cuidador primario acerca de métodos para comunicarse en un tiempo no mayor a 1 mes.

Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>1. Facilitar el aprendizaje sobre la comunicación no verbal.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Enseñar al cuidador primario los métodos de comunicación no verbal.<ul style="list-style-type: none">• Imágenes• Voces que escuchamos en la televisión, internet.• Inputs vocales (volumen, tono, frecuencia y entonación)	<p>La comunicación proporciona los medios para satisfacer nuestras necesidades básicas cuando nos relacionamos con los demás. A pesar de que la comunicación verbal, en la forma de lenguaje, es un poderoso vehículo para la transmisión de información, la comunicación no verbal suele tener un mayor impacto en el curso de las interacciones que la comunicación verbal. Lenguaje corporal es la expresión que se suele utilizar cuando se habla de comunicación no verbal para hacer una serie de señales y de conductas, sin mucha interrelación, que nos dan información específica sobre los pensamientos y los sentimientos de la gente. La comunicación no verbal es el envío y/o recepción de información e influencia a través del entorno físico, la apariencia física y la conducta no verbal. (Patterson M.L. 2011)</p>

Evaluación

Se contó con el material necesario para llevar a cabo las intervenciones, por lo que están se llevaron a cabo sin contratiempos.

Se logro la comprensión por parte del cuidador acerca del tema, por lo que el nivel de dependencia queda en 4.

Necesidad: **Creencias y valores**

Diagnóstico de enfermería: Sufrimiento moral y espiritual del cuidador primario r/c poco contacto con su familia m/p expresión de culpa.

Fecha de identificación: 29-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: El cuidador primario logrará su bienestar espiritual y moral con la colaboración de sus redes de apoyo en 1 mes.

Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>1. Facilitar la escucha activa.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Establecer el propósito de la interacción.▪ Mostrar interés en las palabras del cuidador.▪ Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.▪ Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.▪ Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.▪ Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.▪ Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación.▪ Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.	<p>Escuchar es un proceso activo que exige esfuerzo y concentración, así como capacidad de dejar nuestras propias preocupaciones de lado, al menos por un rato. En nuestras interacciones de cada día con otras personas, tendemos a escuchar a un nivel bastante superficial y podemos incluso estar haciendo otra cosa al tiempo que escuchamos.</p> <p>Esto no es escuchar activamente, puesto que estamos distraídos en otras actividades que nos impiden prestar atención a la persona que esta hablando.</p> <p>Es importante tener siempre presente que escuchar y oír no son la misma cosa.</p> <p>Saber escuchar cuesta trabajo porque para ello debemos estar en calma y permitir que la otra persona hable. La persona necesita saber que le digan que será escuchada atenta y respetuosamente, cualquier interrupción a destiempo puede ser interpretada como</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz. ▪ Identificar los temas predominantes. ▪ Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. ▪ Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido. ▪ Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. ▪ Evitar barreras a la escucha activa como minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura. ▪ Utilizar el silencio para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. 	<p>falta de interés. (Hough. M 1999)</p>
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>2. Brindar apoyo emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comentar la experiencia emocional con el cuidador. ▪ Explorar con el cuidador qué ha desencadenado las emociones. ▪ Realizar expresiones de apoyo. ▪ Abrazar o tocar al cuidador para proporcionarle apoyo. ▪ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. ▪ Ayudar al cuidador a reconocer 	<p>El apoyo emocional a través de una relación de contacto personal, produce efectos importantes en la reducción de la ansiedad. Esta deseada relación entre el personal sanitario, el niño y sus padres se basa en la confianza, la cual se alcanza mediante la aproximación personal, animando, alentando, tranquilizando y reforzando los comportamientos apropiados, mediante una expresión de interés tanto hacia el niño como a sus padres. Este tipo de comunicación ha sido</p>

<p>sentimientos de tristeza.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Animar al cuidador a que exprese esos sentimientos. ▪ Comentar los beneficios de profundizar en ese sentimiento. ▪ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. ▪ Facilitar la identificación por parte del cuidador de respuestas habituales a los miedos. ▪ Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional. ▪ Permanecer con el cuidador y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. ▪ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 	<p>llamada “función expresiva”. Así mismo hay que respetar las ideas del niño y de sus padres, su nivel cultural, sus miedos y temores, intentando prestarles todo el apoyo, calor y comprensión posible para poder ganarnos su confianza. Una vez que se haya logrado establecer esa relación, intentaremos disminuir todos sus miedos, ansiedades y preocupaciones mediante la estimulación de la expresión emocional de los sentimientos.</p> <p>(Valdés S. 1995)</p>
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>3. Realizar una clasificación de valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener en cuenta la libre elección. ▪ Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios. ▪ Animar a considerar las preocupaciones. ▪ Utilizar cuestiones adecuadas para ayudar al cuidador a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante. ▪ Ayudar al cuidador a priorizar los valores. 	<p>Muchas veces, mientras escuchamos, reconocemos que el cuidador está emocionalmente estresado y necesita sentirse cómodo. Podemos responder y apoyar confirmando los sentimientos del cuidador y proporcionando una tranquilidad emocional. Tranquilizar significa ayudar a la gente a sentirse mejor consigo misma y con su comportamiento. Se siente tranquilidad cuando uno se siente respetado, entendido y tomado en cuenta. Los mensajes de apoyo son</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plantear cuestiones reflexivas, que den al cuidador en que pensar. ▪ Evitar el uso de interrogatorios de corroboración. ▪ Animar al cuidador a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida. ▪ Animar al cuidador a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones. ▪ Ayudar al cuidador a definir alternativas y sus ventajas y desventajas. ▪ Ayudar al cuidador a evaluar si los valores están de acuerdo con los miembros de la familia. 	<p>afirmaciones tranquilizadoras que tienen el propósito de reafirmar, reforzar, alentar, calmar, consolar o animar. Ayuda a darle sentido a la situación que esta ocasionado el estrés.</p> <p>(Verderber F. 2009)</p>
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p> <p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	<p style="text-align: center;">Fundamentación</p>
<p>4. Fomentar la esperanza.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar al cuidador a identificar las áreas de esperanza en la vida. ▪ Informar al cuidador acerca de la situación actual constituye un estadio temporal. ▪ Enseñar a reconocer la realidad. ▪ Facilitar el alivio y disfrute de éxitos pasados. ▪ Destacar el mantenimiento de relaciones familiares. ▪ Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos. 	<p>El apoyo espiritual se refiere a tener algo en la vida que ayude a encontrar sentido al mundo en que se vive. Ayuda a dar un significado positivo a los acontecimientos dentro del contexto de un universo mucho más grande que uno mismo o el entorno inmediato. Esclarecer las creencias espirituales o filosóficas también puede suministrar la clave para aceptar la incertidumbre y hallar paz cuando se cometen errores o no se logran cumplir los objetivos.</p> <p>(Peurifoy R. 2007)</p>

Intervenciones de enfermería/ acciones	Fundamentación
Tipo de intervención: Directa-independiente	
<p>5. Facilitar el manejo del perdón.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar las opiniones del cuidador que puedan ayudar a salir del problema. ▪ Ver si el sentimiento es justificable. ▪ Identificar la fuente de culpabilidad. ▪ Escuchar con énfasis sin moralizar. ▪ Ayudar al cuidador a explorar sus sentimientos. ▪ Utilizar la presencia, el contacto y la empatía para facilitar el proceso. ▪ Explorar las posibilidades de enmienda con uno mismo. ▪ Ayudar al cuidador a examinar la dimensión saludable y curativa del perdón. 	<p>El perdón es el catalizador que nos libera de nuestros temores y nuestras culpas. Para alcanzar una verdadera libertad, debemos aprender a perdonar a todo nivel: personal y social; emocional, racional, espiritual y existencial.</p> <p>(Maalouf J. 2006)</p>
Intervenciones de enfermería/ acciones	Fundamentación
Tipo de intervención: Directa-independiente	
<p>6. Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guiar al cuidador en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa. ▪ Ayudar al cuidador a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos. ▪ Ayudar al cuidador a identificar su comportamiento en la situación de culpa. ▪ Ayudar al cuidador a entender que la culpa es una reacción común en una 	<p>Los sentimientos de culpa forman parte de una de las sensaciones más hostiles a la vida y que sólo puede tener un ser humano. Cualquier creatividad, cualquier alegría de vivir, el deseo, el éxtasis, la independencia y los sentimientos de responsabilidad se sofocan en sus orígenes. Es bien conocido que éstos presentan la circunstancia de poder provocar determinadas enfermedades, aunque también por un determinado acontecimiento o</p>

<p>situación de enfermedad prolongada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivar al cuidador con el especialista. ▪ Facilitar el apoyo espiritual si es necesario. ▪ Enseñar al cuidador a utilizar técnicas para detener los pensamientos y sustituirlos junto con la relajación muscular deliberada. ▪ Ayudar al cuidador a identificar las opciones de resolución. 	<p>comportamiento puede darse un sentimiento de culpa.</p> <p>(Franke R. 2005)</p>
--	--

Evaluación

No se cuenta con un área física, para realizar la entrevista en forma privada, pero se conto con los recursos materiales para llevarla a cabo, las intervenciones se llevaron a cabo en tiempo y forma, aunque el cuidador no solicitó la intervención del especialista.

El objetivo se alcanzó parcialmente, ya que el cuidador primario disminuyo sus sentimientos de culpa a través de las intervenciones implementadas, pero continua en dependencia aunque por el momento bajo a nivel 4 de dependencia.

Necesidad: **Realización**

Diagnóstico de enfermería: Cansancio en el desempeño del rol del cuidador r/c estado de salud de su niño m/p verbalización de sentir fatiga.

Fecha de identificación: 22-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 5

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Acompañamiento

Objetivo: El cuidador primario disminuirá su fatiga en un lapso no mayor de 15 días, mediante la colaboración de sus redes de apoyo.

Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>1. Proporcionar apoyo al cuidador principal.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.▪ Determinar la aceptación del cuidador de su papel.▪ Aceptar las expresiones de emoción negativas.▪ Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.▪ Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.▪ Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador primario.▪ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.▪ Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.▪ Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.▪ Proporcionar información sobre el	<p>Aunque el perfil de los cuidadores es muy variado, por lo general se trata de familiares (especialmente los más cercanos, y en particular cuando la dependencia se hace más severa) que se hacen cargo de una gran cantidad de tareas, lo que los pone en una situación de alta vulnerabilidad. El asumir el papel de cuidador constituye, pues, una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales.</p> <p>(Crespo L. 2007)</p>

<p>estado del paciente de acuerdo a nuestra correspondencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar al cuidador la terapia del paciente. ▪ Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. ▪ Observar si hay indicios de estrés en el cuidador. ▪ Explorar con el cuidador principal cómo lo esta afrontando. ▪ Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. ▪ Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. ▪ Promover una red social de cuidadores. ▪ Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo. ▪ Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. ▪ Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. 	
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p>	
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>2. Dar apoyo a la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. ▪ Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. 	<p>De forma inevitable la enfermedad coincide con uno u otro momento evolutivo familiar, y, en parte, de ello depende la magnitud de su impacto. La enfermedad fuerza a un momento de transición en la familia que la lleva a adaptarse a las necesidades que impone, a la pérdida y (si</p>

- Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
- Ofrecer una esperanza realista.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la comunicación de inquietudes o sentimientos entre los miembros de la familia.
- Favorecer una relación de confianza con la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Proporcionar ayuda para cubrir las necesidades de la familia (comida).
- Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia.
- Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.
- Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver los problemas.
- Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.
- Animar la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiar.

es fatal) a la muerte. Por todo ello, la familia pierde su identidad como sana. Sus posibilidades de adaptación serán las que las ayuden a sobreponerse a estos problemas.

(Navarro G. 1995)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia. ▪ Presentar la familia a otras familias que estén pasando por experiencias similares. ▪ Brindar cuidados a Carlos en lugar de la familia para relevarla y también cuando ésta no pueda ocuparse de los cuidados. ▪ Disponer cuidados intermitentes progresivos, cuando se indique y sea posible. ▪ Remitir a terapia familiar. 	
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p> <p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	Fundamentación
<p>3. Fomentar cuidados intermitentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer una relación terapéutica con la familia. ▪ Controlar la capacidad de resistencia del cuidador. ▪ Disponer los arreglos para el cuidador sustituto. ▪ Seguir la rutina habitual de cuidados. ▪ Proporcionar cuidados como ejercicios e higiene. ▪ Conseguir los números de teléfonos de urgencia. ▪ Determinar la forma de contacto con el cuidador habitual. ▪ Proporcionar cuidados de urgencia si fuera necesario. ▪ Realizar un informe al cuidador 	<p>La mayoría de los estudios confirman que el impacto sobre la salud física y mental de los cuidadores es fundamentalmente negativo. Las principales consecuencias relacionadas con la salud identificadas por la literatura son de carácter emocional, como el estrés psicológico, estados de ánimos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa y frustración, pero también se ha comprobado que los cuidadores tienen tasas de morbilidad mayores que el resto de la población.</p> <p>(Roger G. 2010)</p>

habitual al regreso.	
Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>4. Tratar de aumentar los sistemas de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar el grado de apoyo familiar. ▪ Determinar el grado de apoyo económico de la familia. ▪ Observar la situación familiar actual. ▪ Remitir a programas comunitarios de fomento. ▪ Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo. ▪ Implicar a la familia y seres queridos en los cuidados. ▪ Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar. 	<p>La hospitalización de un niño puede ser muy estresante para todas las personas involucradas. Durante una emergencia, las familias deberán buscar el apoyo de sus familiares, amigos, vecinos, iglesias o del personal de servicios sociales del hospital.</p> <p>(http://www.childrensheartfoundation.org)</p>
Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>5. Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guiar al cuidador en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa. ▪ Ayudar al cuidador a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos. ▪ Ayudar al cuidador a identificar su comportamiento en la situación de culpa. ▪ Ayudar al cuidador a entender que la culpa es una reacción común en una 	<p>Una de las consecuencias más comunes del sentimiento de culpa es el remordimiento. ¿Que es este sentimiento mas precisamente? Clínicamente se define como el pesar interno que produce en el alma el haber realizado una mala acción. Es la inquietud que despierta la memoria de una culpa, que va creciendo imperceptible dentro de uno. La vivencia del remordimiento es como tener un objeto intragable atravesado en la garganta, que finalmente se volverá contra uno mismo. El</p>

<p>situación de enfermedad prolongada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivar al cuidador con el especialista. ▪ Facilitar el apoyo espiritual si es necesario. ▪ Enseñar al cuidador a utilizar técnicas para detener los pensamientos y sustituirlos junto con la relajación muscular deliberada. ▪ Ayudar al cuidador a identificar las opciones de resolución. 	<p>problema principal del remordimiento es que muchas veces se desconoce su origen. Se experimenta como una sensación que esta continuamente presente pero no se sabe exactamente cual es la culpa que está escondida detrás originando este malestar.</p> <p>(http://www.proyectosalohogar.com/Diversos_temas/la_culpa.htm)</p>
--	---

Evaluación

Los recursos y la infraestructura con la que se conto, es suficiente y adecuada para la realización de las intervenciones, estas se realizaron en tiempo y forma, pero el cuidador no solicita el apoyo por parte del especialista. El cuidador primario manifiesta sentirse descansado y un poco más relajado, por lo que podemos decir que el objetivo se cumplió, y el nivel de dependencia queda en 3.

Necesidad: **Recreación y aprendizaje**

Diagnóstico de enfermería: Dependencia de actividades recreativas r/c falta de conocimiento del cuidador primario acerca de los métodos lúdicos que puede utilizar m/p verbalización de desconocimiento.

Fecha de identificación: 29-nov-2011

Nivel y grado de dependencia: Dependencia total crónica de 1 año nivel 6

Prioridad: Alta

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: El paciente disminuirá su dependencia de recreación mediante la enseñanza al cuidador primario sobre los métodos lúdicos existentes, durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones de enfermería/ acciones	
Tipo de intervención: Directa-independiente	Fundamentación
<p>1. Enseñar al cuidador primario los métodos para proporcionar musicoterapia.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Definir el objetivo que se desea lograr (estimulación).▪ Verificar el interés de Carlos por la música.▪ Identificar sus preferencias musicales.▪ Informar a Carlos el propósito de la terapia.▪ Poner música preferentemente del gusto de Carlos.▪ Colocarlo en una posición cómoda.▪ Limitar los estímulos extraños (ruidos) durante la terapia.▪ Verificar la disponibilidad del material necesario.▪ Asegurarse del buen estado del material a utilizar.▪ Asegurarse de que el volumen es	<p>La musicoterapia o terapia musical es la aplicación científica del arte de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar e incrementar la salud física y psíquica además de satisfacer el bienestar físico, emocional, mental, social y cognitivo, actualmente ha tenido buena respuesta terapéutica en pacientes en terapia intensiva.</p> <p>La musicoterapia es un proceso sistemático que supone empatía, intimidad, comunicación e influencia recíproca entre terapeuta y paciente.</p> <p>(Betes, 2000)</p>

<p>adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar dejar la música puesta durante largos períodos. ▪ Evitar música estruendosa. 	
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p>	Fundamentación
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	
<p>2. Enseñar al cuidador primario el fomento de una terapia de actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar con los terapeutas ocupacionales en la planificación y control de un programa de actividades. ▪ Determinar el compromiso del cuidador primario con la realización de las actividades. ▪ Ayudar a definir el significado de estas actividades. ▪ Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas. ▪ Ayudarle a centrarse en lo que el paciente puede hacer, más que en los déficits. ▪ Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada. ▪ Ayudar al cuidador primario a identificar las actividades significativas. ▪ Ayudarle a programar períodos los de la actividad. ▪ Enseñar a la familia el papel de la actividad en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. 	<p>La terapia ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida. La esencia de la terapia ocupacional descansa en el uso de las actividades como medio de tratamiento, con una meta mínima de mejorar la calidad de vida y una máxima de completar la rehabilitación o habilitación para una plena incorporación y un desarrollo satisfactorio en la sociedad.</p> <p>(Durante M. 2004)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar a la familia a realizar la actividad deseada. ▪ Ayudar a la familia a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas. ▪ Determinar actividades que aumenten la atención en consulta con la terapia ocupacional. ▪ Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. 	
<p>Intervenciones de enfermería/ acciones</p>	Fundamentación
<p>Tipo de intervención: Directa-independiente</p>	
<p>3. Implementar una terapia de entretenimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar a la familia a identificar los déficits de movilidad. ▪ Ayudar a explorar el significado de las actividades recreativas. ▪ Incluir a Carlos en la planificación de las actividades recreativas. ▪ Ayudar al cuidador primario a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas. ▪ Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa. ▪ Ayudar al cuidador primario a identificar las actividades recreativas que tengan sentido. ▪ Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales. ▪ Proporcionar un equipo recreativo seguro. 	<p>Los juguetes proporcionan una experiencia lúdico-formativa de especial importancia en el desarrollo del niño.</p> <p>La palabra juego aparece de manera cotidiana en el lenguaje hablado o escrito, para referirse a múltiples situaciones, emociones, sentimientos o pensamientos, con significados muy diversos. El ser humano juega de manera diferente dependiendo de la edad, la cultura o la etapa de desarrollo en la que se encuentre. Los niños juegan por los mismos motivos que los adultos; necesitan aprender, se entretienen, expresan sentimientos, experimentan sensaciones, transforman los objetos y la realidad, conocen su cuerpo, conocen sus posibilidades físicas y las de otros. El juego produce placer. El juego encierra en si mismo valores formativos que contribuyen al desarrollo físico motor, intelectual, creativo,</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tomar en cuenta las precauciones de seguridad. ▪ Supervisar las sesiones recreativas. ▪ Establecer nuevas actividades recreativas de acuerdo a la capacidad de Carlos. ▪ Disponer de actividades recreativas que tengan por objeto proporcionar tranquilidad. ▪ Dar una afirmación positiva a la participación en las actividades. ▪ Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional. 	<p>emocional, social y cultural. (Alfonso G. S/A Editex)</p>
--	--

Evaluación

Los recursos con los que se cuenta son limitados, por lo que las intervenciones no se pudieron llevar a cabo en tiempo y forma, ya que la dependencia en la necesidad de descanso y sueño, interfirió con la realización e implementación de las intervenciones de la necesidad de recreación.

El objetivo no se cumplió, por lo que continua en el mismo grado y nivel de dependencia, aunque se enseñó y sugirió al cuidador primario a realizar las actividades, cabe mencionar que en un paciente con las características de Carlos, no se puede llevar a cabo una recreación efectiva ya que para esto se necesita que el paciente interactúe con la persona que realiza la actividad, por lo que más que nada la intención era llevar a cabo estimulación sensorial.

2.4.1 PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: Carlos I. S. O.

Edad: 5 años 6 meses Sexo: Masculino Fecha de Ingreso: 5-enero-2010

Fecha de Egreso: _____

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

Aspiración de secreciones cada que sea necesario, vigilancia de la saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca y respiratoria, alimentación por sonda de gastrostomía.

2. Orientación dietética:

Dieta licuada de 6,600 Kcal en 1700 ml

Ingredientes	Cantidad
Leche nido	30 gr
Proteinex	45 gr
Galletas marías	4 pzas
Duraznos en almíbar	1 mitad
Avena hojuelas	30 gr
Pechuga de pollo (cocida)	30 r

Completar con agua hervida hasta el volumen de 1700 ml.

Dividir en 6 tomas de 283 ml en los siguientes horarios:

8:00-12:00-16:00-20:00-24:00-4:00

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Horario	Vía
Contumax	13 gr.	c/24 hrs.	18:00	SGT
Oto-Eni	3 gts.	c/8 hrs	8-16-24	Ótica
Sulfato ferroso	17.5 mg	c/8 hrs	8-16-24	SGT
Omeprazol	20 mg	c/24 hrs	8	SGT
Adekón	1 gotero	c/24 hrs	8	SGT
Sulf. magnesio	500-500-750 mg	c/8 hrs	8-16-24	SGT

Gentamicina		c/8 hrs	8-16-24	Tópica
Macrofantina	40 mg	c/24 hrs	20	SGT
Clonazepam	1 mg	c/24 hrs	20	V.O
Gabapentina	100 mg	c/12 hrs	8-20	SGT
Ácido valproico	273 mg	c/8 hrs	8-16-24	SGT
Domperidona	6 mg	c/6 hrs	10-16-22-4	SGT

4. Registro de signos y síntomas de alarma:

(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

Saturaciones menores de 80% que persistan durante horas, apneas prolongadas, disminución de frecuencia cardiaca, presencia de crisis convulsivas que no cedan con el tratamiento.

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

Cambio de fijación de cánula cada 24 hrs, cambio de cánula cada semana, cambio de sonda de gastrostomía cada semana, ejercicios de rehabilitación 2 veces al día, cuidados a oído seco.

6. Fecha de su próxima cita: Cita abierta a urgencias

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

Se da orientación sobre la importancia del cambio de la cánula de traqueostomía y cómo debe realizarse el cambio, importancia del descanso y sueño de Carlos y forma de promoverlo.

Fecha: 04-05-12

Nombre de la enfermera: María del Carmen Leticia Salinas Uribe

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco



III. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Durante la realización del presente estudio de caso, se evidenció la importancia de la utilización de las teorías y modelos así mismo se implementó el Proceso Atención de Enfermería, ya que nos permite brindar un cuidado individualizado y especializado, además nos damos cuenta que el Proceso Atención de Enfermería se complementa perfectamente con la propuesta teórica de Virginia Henderson, en vista de que es fácil de adaptar a las necesidades de los pacientes en edad pediátrica.

Por lo tanto el objetivo general se consiguió, ya que se aplicó el Proceso Atención de Enfermería con la propuesta teórica de Virginia Henderson en un preescolar con dependencia en la necesidad de oxigenación secundaria a complicaciones por meduloblastoma, determinando así las necesidades alteradas.

Con respecto a los objetivos específicos se realizó la valoración focalizada de las 14 necesidades, encontrándose todas en dependencia, por lo que se ubicaron en un nivel 6 de dependencia y en un grado crónico de 1 año, la prioridad de todas y cada una de ellas es alta, en cuanto a las fuentes de dificultad 11 fueron de fuerza y 3 de conocimiento, el papel que desempeña la enfermera en 11 de ellas fue de suplencia y en 3 de ayuda.

Se estructuraron 16 diagnósticos de enfermería en base a las fuentes de la dificultad encontradas, de los cuales 14 fueron reales y 2 de riesgo. Se elaboraron 14 planes de intervención, por lo que podemos decir que los objetivos específicos fueron alcanzados.

Se sugiere continuar con la metodología utilizada para la realización de los estudios de caso a realizar.

Por todo lo dicho anteriormente, creemos que la implementación del Proceso Atención de Enfermería en complemento con la teoría de Virginia Henderson es de suma importancia y utilidad para la realización e implementación de los cuidados de enfermería.

IV. BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro-LeFevre Rosalinda (2003) Aplicación del proceso enfermero Fomentar el cuidado en colaboración (5ª ed.) Barcelona, España: Elsevier Masson
2. Alfonso Manus Gastón (S/A) Bases del psicodrama (S/E) Buenos Aires, Argentina. Editorial Lea.
3. Betes del Toro Mariano. (2000) Fundamentos de musicoterapia (1ª ed.) España. Ediciones Morata
4. Bulechek G.M (2009) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (5ª) España Elsevier Mosby
5. Comisión interinstitucional de enfermería (2001) Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, México D.F México
6. Crespo López María y López Martínez Javier (2007) El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “cómo mantener su bienestar”. (1ª ed.) Madrid, España. Ediciones Artegraf S.A
7. Carreño Rodríguez Adriana. Proceso enfermero en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo el enfoque de Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2011;19(2)
8. Du Gas B. (2001) Tratado de Enfermería Práctica (4ª ed.) México D.F: McGraw-Hill Interamericana
9. Durante Molina Pilar y Pedro Tarrés Pilar (2004) Terapia ocupacional en geriatría. (2ª ed.) Barcelona, España. Editorial Doyma
10. Fernández Ferrín C. y Novel Martí G. (1993) El Modelo de Henderson y el Proceso Atención de Enfermería Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas S.A Masson-Salvat Enfermería
11. Martínez C. y Romero G. Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. Enfermería Universitaria 2015;12(3)

12. Alvarado Pacheco P. y Cruz Jiménez M. Proceso de atención de enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enfermería Universitaria* 2013;10(3)
13. Hernández Tapia Angélica. Cuidado especializado de enfermería a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura. *Revista CONAMED* 2011; 16 (1)
14. García Díaz Inés (2005) *Salud Bucodental, un paseo por la boca* (1ª ed.) Buenos Aires, Argentina. Ediciones Novedades educativas
15. González Barón M. (2007) *Tratado de Medicina paliativa* (2ª ed.) Madrid, España Editorial Médica Panamericana.
16. Henderson Virginia y Nite Gladys (1978) *Enfermería teórica y práctica* Papel de la enfermera en la atención del paciente (3ª ed.) México D.F. Ediciones científicas La prensa Médica Mexicana S.A
17. Herrera Carranza M. (1997) *Iniciación a la ventilación mecánica, puntos clave*, Barcelona España Editorial Aurora.
18. Hough Margaret (1999) *Técnicas de orientación psicológica* (1ª ed.) Madrid, España. Editorial Narcea.
19. Iyer Patricia W. y Taptich Bárbara J. (1997) *Proceso y diagnóstico de enfermería* (3ª ed.) México D.F. McGraw-Hill Interamericana
20. Laserna Santos Vicente (2008) *Higiene dental personal diaria*. Victoria, Canada. Editorial Trafford publishing.
21. López Juan Alonso. *Fisioterapia Respiratoria indicaciones y técnica*. *An Pediatr Contin* 2004;2(5):303-6
22. Maas Góngora Lucely y Dorantes Prudencia del Carmen. Proceso de enfermería en adolescente embarazada con el referente teórico de Virginia Henderson. *Desarrollo científico enfermería* 2010; 18 (3)
23. Maalouf Jean (2006) *El Poder sanador del perdón* (1ª ed.) Bogotá, Colombia. Editores Sociedad de San Pablo
24. Díaz Benítez Erika Rossi. Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita. *Revista Mexicana de Enfermería cardiológica* 2011; 19 (2)

25. Marriener Tomey Ann y Raile Alligrad Martha (1999) Modelos y teorías en enfermería (4^a ed.) Madrid, España. Harcourt
26. Mondragón Romero Adriana y Macín García Gabriela. Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de deleción 22q11. Revista mexicana de enfermería cardiológica 2010; 18(3)
27. Navarro Góngora José y Beyebach Mark (1995) Avances en terapia familiar sistémica (1^a ed.) Barcelona, España. Ediciones Paidós Ibérica S.A
28. Paredes Atenciano José Antonio (2003) Manual práctico para enfermería. España. Editorial Mad
29. Phaneuf Margot (1993) Cuidados de enfermería El Proceso de Atención de Enfermería. México D.F México. McGraw-Hill Interamericana
30. Phaneuf Margot (1999) La Planificación de los cuidados enfermeros. México D.F México. McGraw-Hill Interamericana
31. Pastor Rodríguez Jesús David y Pastor Bravo María del Mar. Recién nacido prematuro: a propósito de un caso. Enfermería clínica 2010;20 (4)
32. Peurifoy Reneau Z. (2007) Venza sus temores, ansiedad, fobia, pánico (2^a ed.) Barcelona, España. Editorial Robinbook
33. Potter Patricia A. y Griffin Perry A. (S/A) Fundamentos de enfermería (5^a ed)(Vol. 1) Barcelona, España. Harcourt Oceano
34. Kozier B (1999) Fundamentos de enfermería (Vol. 1) México D.F México. McGraw-Hill Interamericana
35. Riopelle L.M.N (1997) Cuidados de Enfermería Un Proceso centrado en las Necesidades de la Persona (1^a Reimpresión) México McGraw-Hill Interamericana
36. Rivera Luna Roberto (2006) Hemato-oncología pediátrica principios generales. México D.F México. Editores de textos mexicanos

37. Rivera Luna Roberto (1994) Tumores del sistema nervioso central. Madrid, España Mosby Doyma Libros
38. Rivera Luna Roberto (2007) El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista. México D.F México. Editores de textos mexicanos.
39. Rogero García Jesús (2010) Los tiempos del cuidado. (1ª ed.) Madrid, España. Editorial Artegraf. S.A
40. Sanabria T.L (2002) Los Paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Revista Cubana Educ. Med. Superior 16 (4)
41. Angeles-Oblitas Yahaira, Barreto-Quiroz Mayla y Bolaño-Gil Hilda. Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Revista enfermería Herediana 2010; 3 (1)
42. Seidel M. (S/A) Manual Mosby de Exploración Física (5ª ed.) Barcelona, España Mosby
43. Rivero Wilmaris. Aplicación del proceso de enfermería a paciente con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda complicado con endocarditis infecciosa fundamentado en la teoría de Virginia Henderson. Revista electrónica PortalesMedicos.com 2011
44. Sierrasesumaga L. y Calvo F. (1992) Oncología Pediátrica (1ª ed.) Madrid, España. McGraw-Hill Interamericana
45. Morrillo B. Josdi. Cuidados de enfermería a preescolar con neumonía bilateral fundamentado en la teoría de Virginia Henderson en la unidad de pediatría del IVSS “Dr. José María Carabaño Tosta”. Revista electrónica PortalesMedicos.com 2013
46. Slachevsky Andrea (2007) Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (1ª ed.) Chile. Editorial Lom
47. Gaona Vázquez Yazmín Alejandra. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y

- protección, por deficiencia de proteína C. Revista enfermería Universitaria 2012; 9 (2)
48. Patterson Miles L. (2011) Más que palabras, el poder de la comunicación no verbal (1ª ed.) España. Editorial UOC
 49. Valdés Sánchez C.A. (S/A) El niño ante el hospital, programas para reducir la ansiedad hospitalaria (S/E) Oviedo, España. Servicio de publicaciones. Universidad de Oviedo
 50. Verderber Rudolph (2009) Comunícate (12ª ed.) México D.F. Editorial Cengage.
 51. <http://es.wikipedia.org>
 52. <http://es.wikipedia.org/wiki/Hipotermia>
 53. http://es.wikipedia.org/wiki/Estoma_%28medicina%29
 54. <http://es.wikipedia.org/wiki/Masaje>
 55. http://www.proyectosalohogar.com/Diversos_temas/la_culpa.htm
 56. <http://www.childrensheartfoundation.org>



V. ANEXOS

Anexo No. 1

5.1 HISTORIA CLÍNICA

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

Instrumento de valoración

Clínica en niño de 0 a 5 años

Especialización en Enfermería Infantil



Elaboró:

Mtra. Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador:

Mtra. Rosa Ma. Ostiguín Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001

PRESENTACIÓN

La División de Estudios Superiores como parte de la Escuela nacional de Enfermería y Obstetricia, ofrece a la comunidad académica e institucional de la enfermería una recopilación de los instrumentos que dentro del Plan Único de Especialización en Enfermería y particularmente de la Especialidad en Enfermería Infantil I se han construido a partir de las generaciones de especialistas que hasta el momento han egresado.

Considerando que la valoración es una parte importante del proceso de atención de enfermería y determinante para el planteamiento de las hipótesis de trabajo o diagnóstico de enfermería, se proponen instrumentos de valoración clínica, donde el especialista incursione en la experiencia de conjugar conceptos de teorías procesos especializados del cuidado de enfermería y método de trabajo disciplinar.

De este modo los instrumentos pretenden ser una aportación para la práctica de cuidado especializado en enfermería al retomar aspectos teórico instrumentales de la disciplina.

Las experiencias que puedan generarse a partir de este primer acercamiento al uso de conceptos de modelos o teorías disciplinares en instrumento de valoración, redituará para la enfermería en múltiples aspectos: académicos, de investigación y técnico, entre otros.

Considere que este material es parte de un proyecto académico, en donde usted, después de leerlo, podrá sentirse co-participe de la mejora del mismo. Juntos, compartiendo y difundiendo las experiencias obtenidas.

Atentamente

MTRA. EN ENF. ROSA MA. OSTIGUÍN MELÉNDEZ

Nota: la información presentada es responsabilidad de los autores.



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

Instructivo

Para el alumno:

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

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

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

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



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

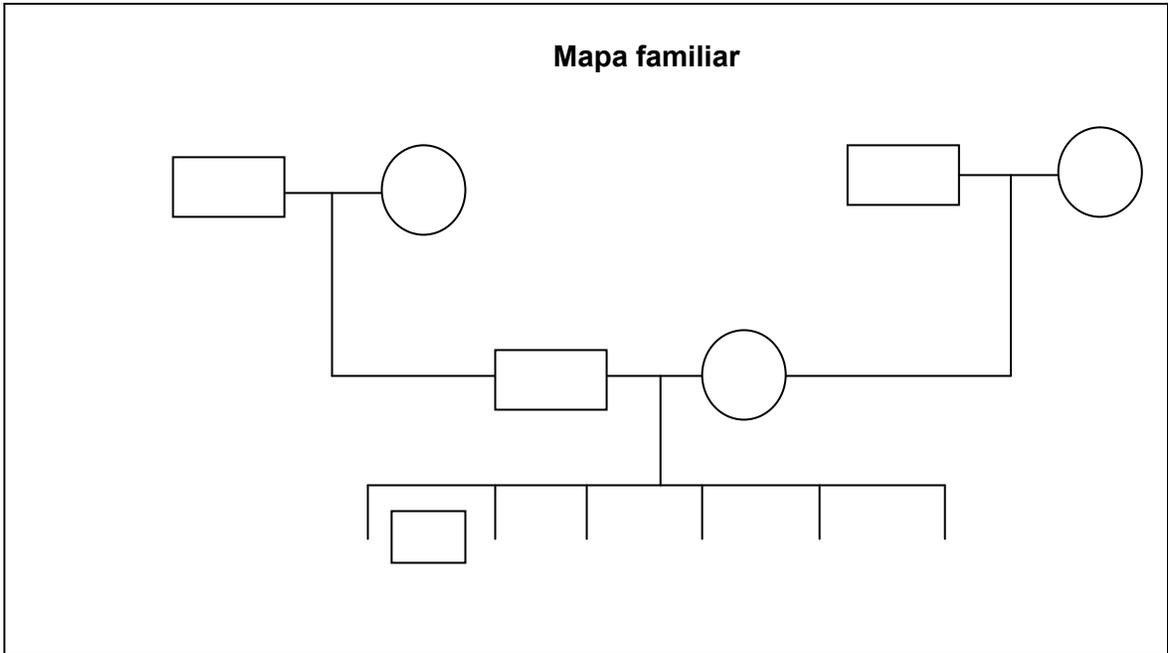
ENFERMERÍA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega: _____

Servicio: _____

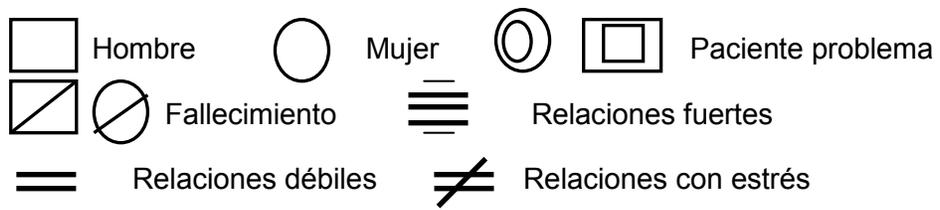
I D A T O S D E M O G R A F I C O S	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ____ Edad: _____ Procedencia: _____ Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____ Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: ____ Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____ Religión: _____ La información es proporcionada por: _____ Domicilio: _____ Procedencia: _____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____ Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____
II F A M I L I A	Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y Abuelos: _____ Características de la vivienda: Propia: __ Rentada: __ Tipo de construcción: _____ Servicios intradomiciliarios: _____ Disposición de excretas: _____ Descripción de la vivienda: _____ Ingresos económicos de la familia: _____ Medios de transporte de la localidad: _____



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afect.	Enfermedades

Símbolos



<p style="text-align: center;">III O R I E N T C I Ó N</p>	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___</p> <p>Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___ No: ___ Servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____</p>
<p style="text-align: center;">IV A N T E C E D E N T E S I N D I V I D U A L E S</p>	<p>Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: ___ Talla al nacer: _____</p> <p>Lloró al nacer: ___ Respiró al nacer: ___ Se realizaron maniobras de resucitación: _____</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____</p> <p>¿Quién?: _____ ¿Cuándo? _____ El niño es alérgico: Sí: ___ No: ___</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p> <p>Vacunación: _____</p>
<p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____</p> <p>Licuados: _____ Otros: _____</p> <p>¿Come sólo? ___ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____</p> <p>Lugar: _____ ¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____</p> <p>¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____</p> <p>Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____</p> <p>Alimentación especial: _____</p>

1	Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda		
	Cereales	_____	_____	_____		
	Frutas	_____	_____	_____		
	Vegetales	_____	_____	_____		
	Carne	_____	_____	_____		
	Tipo de líquidos: Vía oral: _____	Vía Parenteral: _____				
	Hábitos en los alimentos: _____					
A qué edad le salieron los dientes: _____						
2	Eliminación					
	Evacuaciones	Orina	En el pañal	En el orinal	En el baño	Día Noche
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Consistencia de las heces: Formadas: _____		Pastosa: _____			
	Blanda: _____		Líquida: _____			
	Semilíquida: _____		Espumosa: _____		Con sangre: _____	
			Con parásitos: _____		Grumosa: _____	
	Color: Amarilla: _____		Verde: _____		Café: _____	
			Negra: _____		Blanca: _____	
	Olor: Ácida: _____		Fétida: _____		Otros: _____	
			Moco: _____		Sangre: _____	
			Restos alimenticios: _____			
	Dolor al evacuar: _____		Orina: Color: _____		Olor: _____	
			Con sangre: _____		Sedimento: _____	
Pus _____		Dolor al orinar: _____		Edema palpebral: _____		
		Maleolar: _____				
Anasarca: _____		Otros: _____				
Hábitos: _____						
Descripción de genitales: _____						
Sudoración: _____						

5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Condiciones de la ropa de vestir: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____</p> <p>Tiene ropa necesaria para la hospitalización: ____ Otros enseres: _____</p> <p>Se viste solo: ____ No: ____ Con ayuda: _____</p>
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> <p>El niño es sensible a los cambios de temperatura: ____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____</p> <p>Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____</p>
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y Postura</p> <p>A qué edad fijó la mirada: ____ Siguió objetos con la mirada: _____</p> <p>Se sentó: ____ Se paró: ____ Caminó: ____ Saltó con un pie: _____</p> <p>Saltó alternando los pies: _____ Camino con las puntas de los pies: ____</p> <p>Caminó con los talones: ____ Sobre escaleras: ____ Camina solo: _____</p> <p>Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____</p> <p>Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____</p> <p>Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: ____</p> <p>Cambios de posición con ayuda: _____</p>
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>Responde al tacto: ____ Voltea con los sonidos fuertes: _____</p> <p>Sigue la luz: ____ Hace gestos con algún alimento: _____</p> <p>A qué edad sonrió: ____ A qué edad balbuceo: ____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____</p> <p>Quién lo cuida: ____ Con quién juega: ____ Quién habla con el niño: _____</p> <p>Cómo considera que es el niño: Alegre: ____ Irritable: _____</p> <p>Independiente: _____ Dependiente: _____</p> <p>Tímido: ____ Agresivo: ____ Cordial: ____ Uraño: ____ Desordenado: ____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo: _____</p> <p>Qué hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____</p>

9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>Condiciones higiénicas de la piel: _____</p> <p>Hora en la que acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____</p> <p>Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____</p> <p>Frecuencia del cambio de ropa: _____</p>
10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____</p> <p>Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____</p> <p>Los objetos: _____ Animales: _____</p> <p>Las personas: _____ Juega solo: _____</p> <p>Con otros niños: _____ Con adultos: _____</p>
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> <p>¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____</p>
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describe los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>_____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad</p> <p>Crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> <p>_____</p>

	<p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____</p> <p>Si la respuesta es sí diga, ¿cuál? _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre del medicamento</th> <th style="text-align: left;">Dosis</th> <th style="text-align: left;">Vía</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fecha _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>De qué forma acostumbra a dárselos: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Vía											
Fecha _____	_____	_____											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____</p> <p>Está acostumbrado a que lo paseen: _____</p> <p>¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Si: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____ ¿Cómo reaccionó? _____</p> <p>¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____</p> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____</p>												
14	<p style="text-align: center;">Realización</p> <p>¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____</p> <p>Comparte juguetes: _____</p> <p>Hace amistad con otros niños y adultos: _____</p> <p>Imita a su papá, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____</p> <p>Otros datos: _____</p>												

Análisis

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual)

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Necesidad	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Nombre: _____ Servicio: _____

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

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL**

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Ingreso: _____

Fecha de Egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

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

6. Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Anexo No. 2

5.2 HOJA DE REPORTE DIARIO



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería Infantil
Sede Hospital Infantil de México Federico Gómez**

Reporte Diario (seguimiento)

Nombre del alumno: _____ Fecha: _____ Servicio: _____
Nombre del niño: _____ Edad: _____ Reg. De Exp: _____
Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso: _____ Talla: _____ FC: _____ FR: _____ TA: _____ Temp: _____

Otros:

A) Observación General

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

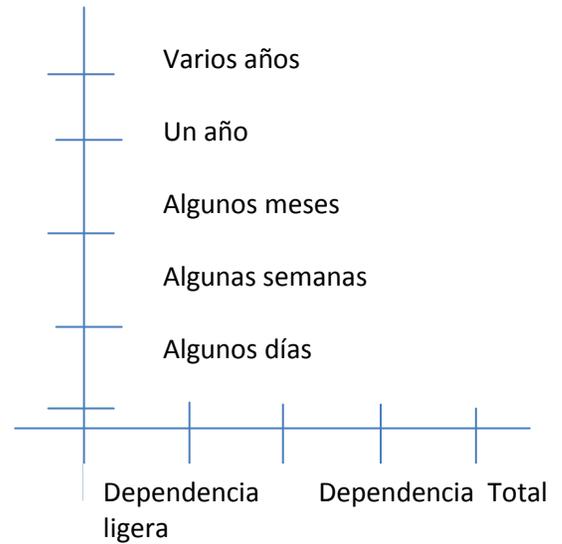
Diagnósticos de enfermería

Comentarios:

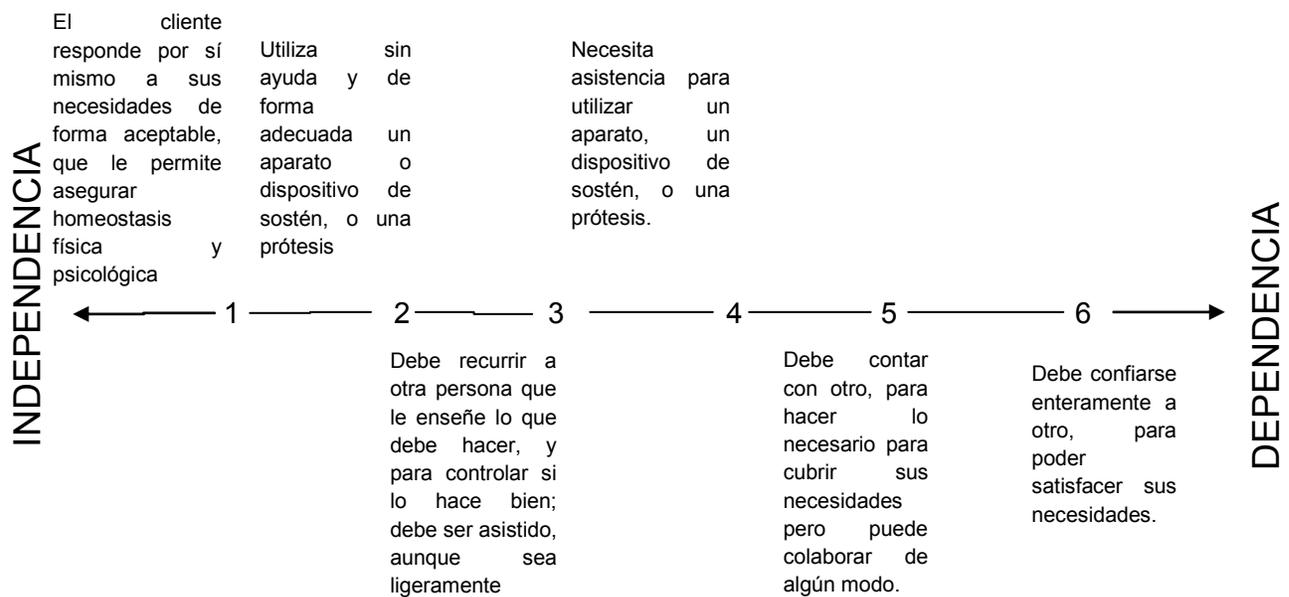
Dependencia permanente o Crónica

Dependencia Transitoria

Duración de la Dependencia



Grado de Dependencia



Fuente (dos gráficas): Phaneuf M. (1993) Cuidados de Enfermería El Proceso de Atención de enfermería. Madrid España McGraw-Hill Interamericana.

Elaboró: Mtra. Magdalena Franco Orozco



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

Consentimiento Informado para estudio de caso

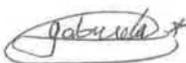
Yo Ana Gabriela Olmedo Domínguez, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Carlos Ignacio Suárez Olmedo participe en el estudio de caso Estudio de caso a un preescolar con dependencia en la necesidad de oxigenación secundaria a complicaciones por meduloblastoma, cuyo objetivo principal es: Obtener el grado de especialista en enfermería infantil, aplicar el Proceso Atención de Enfermería y la Propuesta Teórica de Virginia Henderson y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Valoración clínica, entrevistas y exploración física y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

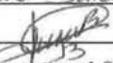
Nombre y firma del responsable del estudio: María del Carmen Leticia Salinas Uribe.

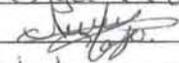

Firma

Nombre de padre o Tutor: Ana Gabriela Olmedo Domínguez


Firma

Testigos

Nombre: Lorena Buzanos B
Firma: 
Domicilio: C. 9 #124 Col. Estado Méx.

Nombre: Olga Acosta Sierra
Firma: 
Domicilio: lucha reyes m 38 L 280

México, D.F. a 9 de Diciembre 2011

Anexo No. 4
5.4 TRIPTICO DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL

Estímulos táctiles: ejercicios

1. *Abdomen: pasar con suavidad la palma de las manos sobre el abdomen, en forma ascendente, el movimiento es como si aplanaras una hoja de papel.*
2. *Del torso al abdomen: recorrer el cuerpo del niño desde el pecho hasta la zona del abdomen, siempre en sentido descendente.*
3. *Brazos y manos: consisten en recorrer cada brazo a lo largo desde la axila hasta la punta de los dedos, realizando un movimiento circular.*
4. *Piernas: la forma y dirección de los ejercicios es la misma que en los brazos.*
5. *Pies: para estimular los pies empleamos las yemas de los pulgares trazando suaves círculos desde el talón hasta los dedos, por toda la planta, en cada uno de los pies.*



ESTIMULACIÓN SENSORIAL

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Enfermería Infantil
Sede Hospital Infantil de México
Federico Gómez

UNAM
POSGRADO

Elabora: L. E. O. María del Carmen Letícia Salinas Uribe
Asesor: E. E. T. Marcela Cruz Jiménez

Estimulación sensorial

Todo sentido precisa una cantidad mínima de estimulación para que se de por enterado; es lo que se denomina umbral mínimo y que puede definirse como la intensidad mínima de estímulo que se requiere para producir una respuesta específica.



Los principales sentidos



El tacto: diferentes receptores repartidos por toda la superficie cutánea nos proporcionan la regulación de la temperatura y la sensación de frío o calor, de dolor, de presión, de vibraciones.

La visión: los ojos constituyen la vía que capta más información del entorno y el sentido con más alcance respecto a la distancia.



El oído: este órgano transforma las vibraciones sonoras en impulsos nerviosos, este órgano sensitivo es importantísimo para la educación musical.



El olfato y el gusto: son vías de entrada al cerebro de los niños y contribuyen al desarrollo cerebral. Mediante el contraste de sabores y olores (agrio, dulce, salado, perfumes, olor de comida) podemos ofrecer un buen número de estímulos.



Estímulos visuales

Los juguetes móviles con distintas piezas pueden resultar muy estimulantes, hay que elegirlos de varios colores, tamaños y formas.



Estímulos auditivos

Escuchar cuentos resulta ideal para reforzar la memoria auditiva. Cuantos más sonidos distintos oigan, más arco de estímulos reciben: campanillas, sonajeros, sonidos de la calle, instrumentos musicales. La música clásica es muy beneficiosa. Los preludios de Bach y las melodías de Brahms son utilizadas para proporcionar relajación.



Estímulos táctiles

Cualquier momento es bueno para dar masajes, el más indicado es después del baño ya que está más relajado y a gusto, la sesión debe durar de 15 a 20 minutos y repetirse cada ejercicio 3 veces.

Sólo necesitas algún aceite.

