



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Dirigido a un escolar con hipoplasia del cuerpo calloso
con necesidad de cuidados paliativos.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

MARIANA ROMERO MALDONADO

NÚMERO DE CUENTA 307199753

DIRECTORA

MTRA. LETICIA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE 2017



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.

DEDICATORIA

A mis ejemplos de vida:

Mi madre, Araceli Maldonado Leyva, que ha sido mi mayor orgullo, mi mano derecha y el pilar de todo lo que soy, te amo.

Mi abuela, Felipa Santos Barrera, que siempre ha creído en mí, me ha apoyado en cada paso y enseñado a ir por lo que quiero.

Mi abuelo, Agustín Romero Balderas, que se volvió un padre para mí.

Mi tía, Araceli Romero Santos, que ha sido mi guía, mi impulso y mi confidente.

Mi abuela Carmen Monroy Leyva, que me enseñó el valor de la vida y a cuidarla.

A mi compañero de vida, Carlos A. Hernández G. por recorrer conmigo todo este camino.

A mi padre, que me enseñó a no depender de nadie.

A Mis amigos, Cynthia, Sandra, Paty, Chaz, Paco, Mario, por los momentos compartidos, el apoyo y las enseñanzas.

A mis colegas, las más estrictas, que fueron las que más me han enseñado.

A mi tutora, Mtra. Leticia Hernández Rodríguez que creyó en mi hasta el último minuto.

A mis pacientes que tanto me han enseñado de la humildad, la capacidad humana y lo maravilloso que es el cuerpo humano, **en especial a Juan de Jesús y su familia**, por permitirme luchar a lado de él.

Gracias por estar, por marcar mi vida y por formar parte de todo lo que soy.

Mariana Romero Maldonado.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
2 OBJETIVOS:	4
2.1 General:	4
2.2 Específicos	4
3 METODOLOGIA	5
4 MARCO TEORICO	6
4.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)	6
4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.	8
4.3 FUNCIÓN PROPIA DE LA ENFERMERÍA.	11
4.3.1 ELEMENTOS DEL META-PARADIGMA ENFERMERO.	11
4.3.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	12
4.4 EL NIÑO EN EDAD ESCOLAR CON ENFERMEDAD CRÓNICA.	15
4.4.1 AFRONTAMIENTO DE ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL NIÑO ESCOLAR.	15
4.4.2 HIPOPLASIA DEL CUERPO CALLOSO	16
4.4.3 VARICES ESOFÁGICAS	19
4.4.4 ESTATUS EPILÉPTICO	21
4.5 CUIDADOS PALIATIVOS	22
4.6 ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS	23
4.7 BIOÉTICA	25
5 PRESENTACIÓN DEL CASO	27
6 JERARQUIZACIÓN POR NECESIDADES ALTERADAS	30
7 PLANES DE CUIDADOS	31
8 PLAN DE ALTA	40
9 CONCLUSIÓN	42
10 BIBLIOGRAFÍA	43
11 ANEXOS	46

INTRODUCCIÓN

Actualmente las estadísticas muestran un creciente número de personas afectadas por diversas enfermedades de evolución crónica, de manera que los cuidados paliativos se han incluido de manera definitiva en las unidades hospitalarias y en los tratamientos de los pacientes, el aspecto más importante es proporcionarles una mejor calidad de vida, enfocándose en el control del dolor y el alivio de los síntomas volviéndose un cuidado integral y continuo para el paciente y su familia. (Santos, 2011)

Por lo que siendo uno de los protocolos en el instituto es importante realizar un plan de atención de enfermería dirigido a un escolar con necesidad de cuidados paliativos que pueda coadyuvar en posteriores casos.

El presente trabajo es la muestra de los conocimientos teórico-prácticos obtenidos durante el transcurso de la carrera y del año de pasantía, apoyado del profesorado, el personal del Instituto Nacional de Pediatría (INP), las tecnologías y los pacientes en la institución; Se desarrolla un proceso de atención en enfermería en un paciente que se conoce al ser ingresado en el servicio de gastroalimentación y posteriormente abordado de nuevo en urgencias hospitalización en un lapso de medio año, enfocado a proporcionarle cuidados paliativos, teniendo como única limitación el no poder seguir de cerca su proceso de salud enfermedad al cambiar de servicio al final del año.

Para la realización de este trabajo se utilizó el modelo teórico de Virginia Henderson, junto con un instrumento de valoración que es usado en el INP, campo de servicio social, los cuales van haciendo una evaluación a través de las necesidades biopsicosociales, así manifestando si tienen una alteración y nos permiten realizar una valoración completa para poder brindar los cuidados eficaces y efectivos a nuestro paciente.

Dentro de los apartados que contiene se encuentran los objetivos que deseamos alcanzar al realizar este proceso y con nuestro paciente, a partir de las intervenciones de enfermería. La metodología, en la que se describe la forma de trabajo y como se recabó la información manifestada, para poder establecer nuestra valoración completa. Información actualizada sobre las patologías, el Proceso de atención enfermería, la teoría

de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, la función enfermera, así como una perspectiva del paciente escolar en etapa terminal y los cuidados paliativos en sí.

2 OBJETIVOS:

2.1 General:

- Elaborar un Proceso de atención de enfermería a un escolar bajo cuidados paliativos para así poder proporcionar cuidados de Enfermería de calidad al paciente y fomento a la salud durante la estancia hospitalaria.

2.2 Específicos:

- Identificar las necesidades mayormente alteradas en el paciente.
- Realizar un plan de intervenciones de enfermería que garanticen la calidad y continuidad de los cuidados.
- Evaluar si se obtuvieron los resultados esperados.
- Lograr beneficios en el paciente hospitalizado por medio de intervenciones de enfermería.
- Llevar a la práctica los conocimientos teóricos adquiridos proporcionándole al paciente atención de calidad.

3 METODOLOGIA

En la realización de este trabajo se aplicó un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) basado en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y los Planes de Cuidados de Enfermería (PLACES), utilizando para la estructuración de los diagnósticos el formato PES, que nos da el beneficio de poder aplicar diagnósticos de enfermería individualizados y no estandarizados por lo cual van dirigidos a las alteraciones propias del paciente, efectuados mediante un juicio clínico; encontrando diagnósticos potenciales y de riesgo.

La elaboración del Plan de atención de Enfermería se llevó a cabo desde febrero hasta julio del 2017, en un niño escolar en el Instituto Nacional de enfermería, sede de pasantía de servicio social, durante el padecimiento de su enfermedad, estando hospitalizado en este Instituto. Fue abordado junto con sus familiares en el servicio de gastronomía, en donde se les pidió el consentimiento para realizar esta actividad, posteriormente se siguió su proceso de salud-enfermedad en el servicio de urgencias hospitalización y al reingresar a la unidad de cuidados intensivos en donde se concluyó su seguimiento.

Para la primera etapa se recopiló información de forma directa mediante la observación e inspección, auscultación, palpación y percusión del paciente, de forma indirecta por medio de una entrevista a los familiares a los cuales se les realizó una historia clínica, para poder llevar a cabo la identificación de las necesidades se realizó la valoración apoyada de un instrumento que se tiene desarrollado en el INP, se revisaron al igual hojas de enfermería y expediente clínico.

Una vez recopilada la información se realizó una jerarquización de necesidades en donde se elaboraron los diagnósticos reales y de riesgo para posteriormente poder planificar los cuidados e intervenciones de enfermería encaminados al paciente bajo cuidados paliativos. Se ejecutaron las intervenciones y reevaluaron constantemente para identificar su efectividad y de ser necesario reestructurar las intervenciones necesarias para poder lograr nuestros objetivos.

4 MARCO TEORICO

4.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

En 1955 se consideró por primera vez la atención de enfermería como un proceso, poco después se dividió en tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación) y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica y experiencias que surgieron de proporcionar cuidado, el enfoque procedimental cambió hacia el de práctica basada en el conocimiento científico; Es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica, socio cultural y espiritual. (Iyer, 1998)

El PAE consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, por último, la ejecución y evaluación van de la mano ya que al realizar una intervención se evalúa que tanto está funcionando y que tanto repercute positiva o negativamente en el paciente.

Cabe mencionar que este procedimiento tiene la ventaja de poder regresar o reevaluar en cualquier etapa y replantear el problema o las soluciones en cualquier momento, apoyado por el modelo de 14 Necesidades de Virginia Henderson y los planes de cuidados, se reflejan las observaciones, la valoración e intervenciones con el propósito de mejorar el acceso a la información de la enfermedad y de esta manera nos permite una toma de decisiones objetiva y que se incremente la calidad del cuidado enfermero.

IMPORTANCIA Y VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que la realiza y para quien la recibe, permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.
- Proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que el cuidado sea adecuado, eficiente y eficaz.
- Facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el paciente; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.
- Permite al paciente participar en su autocuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo de la respuesta del paciente.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.
- Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas,

por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería. Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica al implementar el método enfermero, ya que la teoría guía y orienta la práctica profesional de enfermería. (Iyer, 1998)

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas interrelacionadas y progresivas:

1. Valoración.
2. Diagnóstico de enfermería.
3. Planeación.
4. Ejecución o intervención.
5. Evaluación.

Para desarrollar el método científico el personal de enfermería debe tener en cuenta como parte fundamental la interacción con el paciente, familia y comunidad, debe tener calidad humana, visión holística del paciente y elevado contenido afectivo para el paciente, por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud (Hernández., 2002)

4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Su teoría incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería. Más que un modelo, su obra se considera como una filosofía definitoria de la profesión enfermera. (Iyer, 1998)

Concibe el rol de la Enfermería como la productora y realizadora de acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento de sus vidas; es un modelo basado en la suplencia o ayuda.

Se basa en la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción enfermera.

Para entender la teoría tenemos que partir de algunas consideraciones generales:

- El ser humano es un todo integrado y organizado, por lo tanto, todo individuo está motivado y no una parte de él solamente.
- La persona ha de satisfacer una serie de necesidades que le proporciona un nivel óptimo de bienestar, son medios para llegar a alcanzar un fin más que un fin en sí mismas, son comunes a todos los seres humanos, aunque culturas diferentes pueden generar formas totalmente distintas de satisfacer la necesidad en particular y tendrán que evaluarse según el momento de desarrollo en el que se encuentra la persona.
- El ser humano, por lo general, nunca está satisfecho, excepto de una forma relativa.

Seguido de conceptos que incluye en su teoría:

Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Autonomía: Es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Dependencia: Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para lograr un nivel óptimo de satisfacción de las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, modelo de cuidados, etapa de desarrollo y situación de vida. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

Rol del profesional: Suple o ayuda a la persona a realizar las actividades que contribuyan a su salud, recuperar esta o a morir en paz.

En su relación con el paciente, a medida que este es más dependiente la enfermera actúa como sustituto o ayuda.

Usuario del servicio: Persona, familia o comunidad que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Aquella persona que, sin presentar ningún déficit, expresa el deseo de mejorar su nivel de salud.

Intervención del profesional: El profesional interviene mediante el plan de cuidados, que adapta a la situación peculiar del paciente, buscando la consecución de unos objetivos en el tiempo, por medio de unas intervenciones concretas. (Garcés., 2003)

Necesidades y requerimientos de la persona.

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Rendir culto según sus propias creencias.
- Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes. (Bello, 2006)

4.3 FUNCIÓN PROPIA DE LA ENFERMERÍA

Teniendo como perspectiva siempre los elementos del meta paradigma de enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir su independencia lo más rápidamente posible. (Villalobos., 2005).

4.3.1 ELEMENTOS DEL META-PARADIGMA ENFERMERO

Salud: Es el máximo grado de independencia teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida, necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico y a nivel fisiológico.

Entorno: Todas las condiciones externas de carácter dinámico que influye en la vida y el desarrollo de la persona.

Persona: Es un ser integral, biopsicosocial, es decir, que la persona es una estructura biológica, además de psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral y tiende a la independencia en la satisfacción de las catorce necesidades.

Cuidados de enfermería: Son las actividades que realiza el enfermero para suplir o ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Por tanto, los componentes de cuidados de enfermería son las 14 necesidades básicas que abarcan todas las posibles funciones del rol enfermero. El enfermero valora las 14 necesidades y los factores que modifican las necesidades.

Los cuidados se adaptan a las necesidades de cada persona y son integrales e individualizados.

- Enfermedad grave, recién nacida o persona inconsciente.
- Tratamiento, convalecencia.

Todos los cuidados tienden a que la persona sea independiente en el menor tiempo posible.

El enfermero actúa mediante la utilización metodológica para realizar los planes de cuidados.

Los cuidados son universales aplicables en todas las situaciones que el paciente requiere ayuda.

4.3.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Según Griffith-Kenney y Christensen, "Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

- Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad".
- Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

En el último caso, existen las Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como,

un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones. (Ackley., 2007) establecidas por el North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería; tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales.

El diagnóstico real de acuerdo con la NANDA incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados); el diagnóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados. (NANDA, 1999)

- Nursing Outcomes Classification (NOC), Clasificación de resultados de enfermería

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.

Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas.

El Indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

- Nursing Interventions Classification (NIC), Clasificación de intervenciones de enfermería

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades.

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

- Interdependientes: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
- Independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa.

Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado. (Ackley., 2007)

4.4 EL NIÑO EN EDAD ESCOLAR CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Se considera a un niño escolar entre los 6 y 11 años de edad, contribuye a un periodo de crecimiento relativamente constante (Kliegman., 2013).

4.4.1 AFRONTAMIENTO DE ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL NIÑO ESCOLAR

Por lo general en esta edad el niño no tiene conciencia de lo que es la muerte. En todo caso puede intuir que se trate de una separación de los padres y de las personas que lo quieren y protegen. En caso de preguntar “si va a morir”, su principal preocupación es la soledad y el dolor. Quizá en algún momento los más mayores puedan pensar que la enfermedad supone un castigo y demandan con insistencia la proximidad de sus padres, como seguridad de que estando con ellos, a su lado, no les va a pasar nada. (Arias., 2006). Comienzan a asociar la muerte con el cese de la vida y se teme mucho al dolor. En ésta época el niño sufre más por que fácilmente asocia su enfermedad terminal con la de otros amigos conocidos suyos que ya han muerto.

La vida del niño cambia bruscamente, sufre la separación del entorno familiar, la interrupción de sus actividades físicas y sociales diarias, le horrorizan las batas blancas. Le producen terror las pruebas, el tratamiento. Tiene miedo a lo desconocido y puede a veces sufrir conflictos internos por haber percibido informaciones equivocadas o confusas.

Hay quienes piensan que los niños no son receptivos a la realidad de su entorno, pero no es así. Tienen gran facilidad para captar los miedos y las angustias de los adultos e incorporarlos a su vida. Se dan cuenta de la gravedad de su enfermedad, aunque no expresan sus inquietudes. (Arias., 2006)

Mediante un proceso terapéutico se pretende alcanzar un nivel analgésico suficiente que alivie al paciente con los menores efectos secundarios posibles. Según la edad, conviene hablarles de la causa del dolor y de las opciones terapéuticas con sus ventajas y

desventajas “efectos secundarios y complicaciones”; Sin olvidar que el soporte psicológico es imprescindible en estos enfermos además del tratamiento farmacológico (Arias., 2006).

4.4.2 HIPOPLASIA DEL CUERPO CALLOSO

El cuerpo calloso (CC) está presente sólo en mamíferos placentarios, es un cumulo de fascículos nerviosos en forma de C que conectan ambos hemisferios cerebrales, está compuesto por un numero entre 200 y 800 millones de fibras de axón lo que corresponde a 2-3 % de todas las fibras corticales y tiene 10 cm de largo aproximadamente, su función fundamental es el intercambio de información para que ambos hemisferios cerebrales trabajen de forma coordinada, a través de su unión transversal. (Serret, 2016)

La agenesia del cuerpo calloso (ACC), es un defecto congénito en el que la estructura está parcial o completamente ausente por falta de su formación entre la semana 8 y 20 del desarrollo embrionario. Tiene una prevalencia de 0.3-0.5% en la población general y 2.3% en personas con discapacidad. Se asocia a la prematuridad y edad materna avanzada. (Lagares, 2011)

Se plantean 4 variantes de la malformación:

- ACC total: Se produce cuando no hay CC.
- ACC parcial: cuando solo existe una parte de CC, ósea, comenzó a desarrollarse, pero en un momento dejó de crecer, dado que la estructura crece de la parte frontal del cerebro a la trasera. Normalmente sucede que algún obstáculo podría haber bloqueado dicho crecimiento.
- Hipoplasia: La dirección de crecimiento de CC está presente, pero los nervios no se desarrollan como para formar una estructura. En una resonancia magnética se ve un cuerpo calloso muy delgado.
- Disgenesias del CC: Podría significar cualquiera de las condiciones antes expuestas.

La presentación clínica es muy variada y el pronóstico depende de la presencia o no de anomalías asociada a otras malformaciones tanto cerebrales como extracerebrales, mostrando desde normalidad en el desarrollo hasta retardo mental severo. (Albinagorta Olórtegui, 2013)

Aparecen anomalías sistémicas en 62% de los casos, las cuales son de tipo músculo-esquelético, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y urogenital. 20% de los pacientes se presentan defectos cromosómicos, la mayoría del tipo de las trisomías. La elevada frecuencia de malformaciones encefálicas, sistémicas y cromosómicas asociadas sugiere que, con frecuencia, la ACC forma parte de una alteración generalizada del desarrollo. (Serret, 2016)

Cada persona diagnosticada es un caso único dependiendo del tipo de defecto y problemas asociados, aunque hay algunas similitudes de comportamiento entre las personas con este defecto que se notan más con la edad, como los siguientes:

- Anomalías faciales (42%): Hipertelorismo (separación entre órganos gemelos, pechos, ojos, orejas, etc.), micrognatia (mandíbula pequeña), pabellones auriculares rotados hacia atrás y anomalías oculares.
- Retraso mental (80%): Fundamentalmente en el lenguaje (el 35% tienen antecedentes familiares con retraso mental).
- Parálisis cerebral (29%).
- Crisis convulsivas (30-50%): Son un factor agravante en la aparición y evolución del déficit. No hay ninguna crisis epiléptica típica de la ACC, pudiendo aparecer casi todos los tipos de crisis. Algunas de las más frecuentes serían espasmos infantiles o síndrome de West, aunque su presencia está relacionada con la edad. El 32% presenta la primera crisis en el periodo neonatal, el 39% antes del primer año y el 29% después.
- Retraso general en el desarrollo: En áreas motoras, de coordinación, equilibrio, tono muscular y lenguaje.
- Problemas de alimentación: Para succionar y masticar, también generan dificultad para controlar los esfínteres (se logra en torno a las 6-7 años).

- Dificultad para defenderse táctilmente: A nivel sensorial, presentarían dificultad para sentir la temperatura de cuerpos extraños.
- Alta tolerancia al dolor: Lo que dificulta la posibilidad de cuidarse a sí mismo, para prevenir daños físicos y riesgos potenciales.
- Dificultad en la comunicación: Presenta problemas en el desarrollo del lenguaje, ausencia de habilidades verbales o por la dificultad de expresarse con coherencia y en la organización del pensamiento. Su lenguaje comprensivo es mayor que el expresivo.
- Dificultad en el aprendizaje: Se hace más evidente al iniciar el aprendizaje formal, no tiene un patrón regular de aprendizaje, presentan escasa colaboración y atención en las actividades. Aprenden mejor a través de rutinas de repetición y por imitación de modelos de conducta.
- Variabilidad en la dominancia de la lateralidad. (Torres, 2015)

Actualmente, no existe un tratamiento específico, aunque se ha propuesto iniciar un programa de estimulación precoz y de ser posible un programa de rehabilitación psicomotriz que ofrezca mejoría de los trastornos motores y del aprendizaje teniendo en cuenta que a pesar de la ausencia congénita del cuerpo caloso, están íntegros los procesos de plasticidad neural que llevan a que en algunos casos se compense la reducción de la transferencia de información, tomando en cuenta que el objetivo es mejorar el funcionamiento global del paciente, incluyendo terapia del habla, fisioterapia, psicomotricidad, terapia ocupacional o educativa, acompañado de formación a los padres.

En caso de malformaciones graves asociadas se debe contemplar la posibilidad de acudir a centros de educación especial con el objetivo de ayudar al paciente a alcanzar sus aptitudes sociales, físicas y mentales en lo máximo posible. La opción quirúrgica se contempla únicamente para el manejo de malformaciones asociadas susceptibles de ser corregidas. Debe ser llevado a cabo el manejo sintomático en los síndromes convulsivos. (Aljure-Reales, 2017)

4.4.3 VARICES ESOFÁGICAS

La historia natural de la enfermedad hepática crónica implica un aumento de la presión portal debido al incremento de la resistencia del flujo hepático producto de la distorsión hepática por tejido fibroso y nódulos regenerativos. Además de esta resistencia estructural, existe una vasoconstricción intrahepática activa secundaria a una disminución endógena de la producción de óxido nítrico que incrementa en un 20 a 30% la resistencia intrahepática. Este aumento en la presión portal es el que desencadena la formación de colaterales porto-sistémicas, lo que implica un aumento del riesgo de complicaciones. (Gana, 2011)

Siendo así las várices esofágicas colaterales porto-sistémicas — es decir, canales vasculares que unen la circulación venosa portal con la sistémica. Se forman preferentemente en la submucosa del esófago inferior como consecuencia de la hipertensión portal (una complicación progresiva de la cirrosis). La ruptura y el sangrado de las várices son complicaciones mayores de la hipertensión portal y se asocian con tasa elevada de mortalidad. El sangrado varicoso es responsable de entre 10 y 30% de todos los casos de sangrado gastrointestinal alto.

Si bien las várices se pueden formar a cualquier nivel a lo largo del tubo digestivo, lo más frecuente es que aparezcan en los últimos centímetros distales del esófago. Aproximadamente 50% de los pacientes con cirrosis presentan várices gastroesofágicas. Las várices gástricas se encuentran presentes en 5–33% de los pacientes con hipertensión portal. (gastroenterología., 2015)

Aunque no hay estudios de prevalencia de várices esofágicas en pediatría, estudios en centros de referencia hepatológica sugieren que más de un 50% de niños con cirrosis hepática presentan várices esofágicas. (Gana, 2011)

Aproximadamente 30% de los pacientes con várices esofágicas sangra en el correr del primer año del diagnóstico. La mortalidad derivada de los episodios de sangrado depende de la gravedad de la enfermedad hepática de base.

Los pacientes que presentan un gradiente de presión venosa hepática (GPVH) > 20 mmHg en el correr de las primeras 24 h de la hemorragia varicosa tienen un mayor riesgo de sangrado recurrente dentro de la primera semana de ingreso comparado con los de presión más baja; puede también ser más difícil controlar su sangrado (83% vs. 29%) y tienen una mayor tasa de mortalidad al año (64% vs. 20%)

Entre el 60% de los pacientes no tratados presenta “repetición tardía del sangrado” dentro del primer año o los 2 años de la hemorragia índice.

La escleroterapia endoscópica y ligadura de las varices con bandas son medidas para detener el sangrado hasta el 90% de los pacientes.

La ligadura es más efectiva que la escleroterapia varicosa endoscópica (EVS), ofreciendo un mayor control de la hemorragia, poca repetición del sangrado, y eventos adversos menores, pero sin diferencias en la mortalidad. Sin embargo, la ligadura endoscópica con bandas puede ser más difícil de aplicar que la escleroterapia en pacientes con sangrado activo severo.

Una derivación portosistémica intrahepática transyugular (DPIT) es una buena alternativa cuando fracasan el tratamiento endoscópico y la farmacoterapia.

La esofagogastroduodenoscopia es el patrón oro para el diagnóstico de várices esofágicas. Si no se cuenta con el patrón oro, se puede proceder a otros pasos diagnósticos, como ecografía con Doppler de la circulación sanguínea (no ecoendoscopia). Si bien ésta no es una buena opción, es cierto que puede mostrar la presencia de várices. Otras alternativas posibles son la radiografía baritada del esófago y estómago, y la angiografía de la vena porta y manometría. Es importante valorar la ubicación (esófago o estómago) y el tamaño de las várices, signos de inminencia de un primer sangrado agudo, o de su recurrencia, y (si corresponde) considerar la causa y la gravedad de la enfermedad hepática.

Si bien los tratamientos disponibles son efectivos para detener el sangrado, ninguna de las medidas, excepto la terapia endoscópica, ha demostrado afectar la mortalidad.

La mortalidad por hemorragia de várices esofágicas ha sido descrita entre un 2,5 a 20% de niños con hipertensión portal.

4.4.4 ESTATUS EPILÉPTICO

El estatus epiléptico es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, representa aproximadamente el 3.5% de los ingresos a las unidades de terapia intensiva y hasta el 15% de los pacientes internados en el servicio de Neurología.

Los adultos mayores junto con los niños menores de 5 años constituyen la población de mayor riesgo de incidencia.

El estatus epiléptico (SE) se describe como la persistencia de actividad ictal continua de 30 minutos o más, 2 o más crisis sin recuperación total de la conciencia entre ellas, en el que la crisis debe ser interrumpida en menos de 5 minutos para una mayor morbimortalidad del paciente y que derive en refractario.

Se convierte en estatus epiléptico supra refractario (SESR) al incluir crisis que persistan por más de 60 a 90 minutos después de iniciada la terapia, o tras el tratamiento adecuado con benzodiazepinas más una dosis adecuada de fármacos de segunda línea, se define como aquel que continúa o se repite 24 horas o más después del inicio del tratamiento anestésico, incluidos los casos en que reaparece el estatus epiléptico en la disminución o suspensión de la anestesia; Alrededor del 15% de los pacientes con SE evolucionan a SESR, es una emergencia neurológica con alta morbilidad. (Bernater, 2013)

Las enfermedades neurodegenerativas constituyen un espectro amplio de enfermedades que comparten como punto común la pérdida neuronal y el acúmulo de material fibrilar intraneuronal, que condiciona el curso progresivo de los síntomas, reflejo de la desintegración paulatina de una parte o partes del sistema nervioso central. La clasificación de las enfermedades degenerativas se establece en función de las manifestaciones clínicas con las que se presentan; sin embargo, no tienen un tratamiento etiológico y las actuaciones terapéuticas son sintomáticas en algunos casos y paliativas

en todos ellos. Las repercusiones socioeconómicas son muy importantes, pues al propio proceso de la enfermedad hay que sumar el impacto psicológico. La disminución en la calidad de vida, incapacidad laboral, pérdida de habilidades sociales y el gasto económico que implica la atención social y médica de estas personas. (Suarez, 2006)

4.5 CUIDADOS PALIATIVOS

La medicina paliativa es la única opción para los enfermos terminales, sin embargo la curación y la paliación no se excluyen, así mejoran la calidad de vida de los enfermos a lo largo del proceso de su enfermedad, por lo que la OMS establece que el tratamiento paliativo es la única opción realista para la mayoría de los enfermos.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) incluye como criterios para una enfermedad terminal los siguientes:

- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, después de estar seguros de haber empleado todos los recursos disponibles.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales o cambiantes.
- Toda persona tiene derecho al alivio del dolor por lo que deben ser ofrecidos según los principios de equidad, sin tener en cuenta el lugar, el estatus social ni la posibilidad de pagar tales servicios.
- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. Sobre todo a medida que avanza la enfermedad, y más cuando se está en situaciones agónicas o preagónicas, los cambios pueden suceder en horas o minutos.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no de la muerte, el objetivo terapéutico será siempre el enfermo y la familia.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Los cuidados paliativos se definen como la atención total, activa y continuada de los pacientes y su familia por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia, debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso del duelo. (paliativos, 2014)

Por lo que las bases de la terapéutica en medicina según la SECPAL son:

- El enfermo y la familia son la unidad a tratar ya que es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, requieren medidas específicas de ayuda y educación específicas.
- La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo.
- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa.
- Importancia del ambiente, una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de los síntomas.
- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada, teniendo en cuenta las dimensiones física, psíquica, social y espiritual del paciente, así como todos los aspectos que pueden condicionar su sufrimiento. (Sancho, 1999)

4.6 ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

En los últimos años se ha ido implantando en nuestra sociedad el concepto de muerte digna. Esta tarea de ayudar a morir con dignidad supone un reto importante para los profesionales de enfermería, que trabajan día a día con enfermos en situación terminal y con sus familias.

Proporcionar una atención de calidad cuando la muerte, el duelo y las pérdidas están presentes, es una labor difícil de realizar, debido fundamentalmente a la presencia de 3 barreras:

- Actitudes personales de rechazo a la muerte.

- Falta de formación específica.
- Desinterés de las instituciones sanitarias.

Por ello es necesario establecer en la etapa final de la enfermedad un plan de cuidados, en el cual la enfermedad y su familia forman una unidad a tratar.

La actuación que se debe de tener será más relevante según las necesidades personalizadas y las diferentes fases de la enfermedad; Desde la primera hospitalización, que es cuando por lo regular se establece el diagnóstico, se demanda la intervención de numerosas especialidades, lo cual pone en manifiesto la importancia de los diferentes equipos que en ella deben de intervenir. (Arias., 2006)

Los cuidados paliativos incluyen en sus componentes: La clínica de día, asistencia domiciliaria, internamiento, servicios de consultoría y apoyo para el luto.

Durante la etapa crónica de su enfermedad, el paciente será atendido en la clínica de día, recibiendo información, orientación y cuidados diarios por un equipo interdisciplinar, y cuando sea necesario, en caso de agravarse la enfermedad o impedimento temporal, orientarlo a los cuidados en su domicilio.

La asistencia domiciliaria es la atención integral en el contexto familiar, utilizando servicios especializados y equipo de monitoreo en el hogar, integrando a los familiares y proporcionando un ambiente acogedor.

Tanto en la clínica de día como en el domicilio y en el internamiento, los cuidados deben ser continuos y monitoreados todos los días por el equipo.

Tiene que estar disponible una unidad de cuidados paliativos durante las 24 hr, orientando a los familiares y cuidadores a reconocer señales de emergencia y ser capaces de identificar problemas. El equipo debe ofrecer seguridad a los enfermos y familiares, individualizar las quejas, procurar responder a todas las preguntas, aliviar su sufrimiento físico, sobre todo escuchar al paciente, y tener un coordinador capacitado y entrenado. (Santos, 2011)

4.7 BIOÉTICA

El ejercicio de la medicina está orientado desde su inicio por principios morales arraigados en conceptos filosóficos y religiosos, como: hacer el bien, no causar daño, no matar, etc., bases que perduran a través de los siglos.

Siempre se ha dicho que la medicina, en su práctica, conjunta ciencia y arte, pero en realidad no es una ciencia exacta, ni tampoco un arte nato. En esencia es actualmente “un método idóneo para evaluar riesgos, resolver incertidumbres, optar por una alternativa, emitir un juicio, realizar acciones y aventurar un futuro”.

Tampoco puede reducirse a los parámetros de una ciencia natural, puesto que interviene en forma preponderante la responsabilidad profesional y el trato médico. Los valores del paciente son tanto o más considerables que su estado físico y así mismo, la valía del médico, personal paramédico y los medios en que se presta atención, son tan importantes como la capacidad técnica individual de cada profesional, al marco de la atención de salud y la calidad de sus instituciones.

La ética se define como la rama de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre.

Se inicia como ciencia filosófica de lo moral, rige la conducta humana de acuerdo con las costumbres. Desde sus orígenes es una disciplina filosófica cuya tarea consiste en fundamentar los distintos sistemas de ideas morales que justifican las acciones del hombre.

Etimológicamente deriva del latín *aethica* y ésta a su vez del griego *ethikos*, de *ethos* costumbre.

No es una disciplina práctica normativa; no trata de erigir o justificar las normas morales, si no de investigar y explicar teóricamente lo moral. Desde el punto de vista científico esta disciplina, lo moral es tanto lo bueno como lo malo.

La bioética es un término recientemente acuñado para definir las relaciones entre lo ético y lo biológico; designa a una disciplina de estatuto aún no bien definido, puesto que su concepción es más amplia que la propia ética, abarcándola, pero no limitándose a ella, representa una forma mayor de impartir mayor racionalidad ética a las decisiones sobre la vida en general, incluyendo la salud.

Este término se formó al interponer el prefijo *bios*, en latín vida, al vocablo *ética*, abarcando tanto al hombre como a las repercusiones que produce en su ecosistema, el planeta y el espacio extraterrestre.

Visto así trata de las normas que rigen la conducta del hombre entre sí, con las demás especies biológicas y las consecuencias que dicha conducta refleja en su ecosistema.

La bioética se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales. (Cruells, 2005)

5 PRESENTACIÓN DEL CASO

Juan de Jesús es un paciente de 6 años 10 meses, que nació con hipoplasia del cuerpo calloso; a las 2 horas de nacimiento inicio con crisis convulsivas, se abordó, inició tratamiento y se egreso a su domicilio continuando con un evento por semana de corta duración, de menos de un minuto, es un niño que ha pasado la mitad de su vida en hospitalización por complicaciones en sus crisis convulsivas aunadas a su padecimiento de varices esofágicas que no se ha logrado mejorar.

Estuvo en el servicio de gastronutrición (8.02.17) por presentar sangrado de tubo digestivo y descontrol de crisis convulsivas, se logró estabilizar, se le realizó escleroterapia y posteriormente se hizo una endoscopia de control para valorar su efectividad, no se observan complicaciones, fue dado de alta a su domicilio.

Regresa al servicio de urgencias hospitalización (19.04.17) por sangrado de tubo digestivo y presentar descontrol de crisis convulsivas de su patrón, aproximadamente 10 a 15 veces al día con duración de 10-30 segundos. Se logra controlar el sangrado e inicia con una crisis de más de una hora que no remitía hasta que se inició el coma barbitúrico con Tiopental, continuo bajo vigilancia y con crisis convulsivas menores, posteriormente se inició la disminución de este medicamento para verificar la reactividad del paciente, una semana no tuvo respuesta por lo que se le realizaron pruebas de funcionamiento cerebral no concluyentes y se decidió abordar a los padres sobre los cuidados paliativos e incluir a Juan de Jesús en el programa de dichos cuidados.

Posteriormente presentó varicela, se remitió hasta su estabilización y se extubó, continuo con crisis convulsivas menores, se infecta sitio de inserción del catéter femoral derecho, por lo que inician esquema con antibiótico, se traslada al servicio de infectología para terminar de cubrirlo y es dado de alta a su domicilio. Reingresa al servicio de UTI , (06.06.17) con hemorragia masiva de tubo digestivo, por lo que se decidió sacarlo del protocolo de cuidados paliativos para permitir que se le realizara la intervención quirúrgica con decisión del médico coordinador del área de dicho programa, para realizarle una derivación esplenorenal y así llevarlo al servicio de cirugía general donde posteriormente presenta descontrol de crisis y persiste a pesar del manejo, por lo que se decide su

reingreso a la UTI(17-06-17) y se inicia manejo nuevamente con Tiopental y se deja en infusión.

A continuación se muestran algunos datos relevantes del niño en cuestión:

DATOS GENERALES

Antecedentes Heredo Parentales

Abuelo paterno finado por cirrosis secundaria a etilismo.

Abuelos maternos sanos.

Padres y hermanos sanos.

Producto G4P3C1 no planeado ni deseado, se conoce embarazo hasta el 4° mes, de 39 SDG.

Diagnósticos médicos

- Hipertensión portal prehepática.
- Varices esofágicas grado 3 clasificación japonesa.
- Varices gastroesofágicas GOV1
- Gastropatía de antro moderada.
- Pangastropatía congestiva severa.
- Antecedente de escleroterapia en 4 ocasiones (última 17.06.16)
- Retraso global en el neurodesarrollo.
- Epilepsia sintomática de difícil control.
- Desnutrición moderada por kanawati moderada.
- Estado epiléptico suprarrefractario con repercusión en el tallo cerebral.
- Varicela.
- Celulitis inguinal derecha.
- Sangrado de tubo digestivo remitido.
- Infección de tejidos blandos en extremidad inferior derecha.
- P.O. de derivación esplenorenal.

TRATAMIENTOS

Medicamento	Prescripción	Medicamento	Prescripción
• Paracetamol	140 mg c/6 hr IV	• Clobazam	15 mg c/12 hr SOG
• Omeprazol	14 mg c/8 hr IV	• Lacosamida	70 mg c/12 hr SOG
• Furosemide	7 mg c/8 hr IV	• Levetiracetam	520 mg c/12 hr IV
• Espironolactona	14 mg c/8 hr SL	• Sulfato de Mg.	500 mg c/8 hr IV
• Propanolol	15 mg c/12 hr SOG	• Vitamina K	5 mg c/24 hr IV
• Topiramato	70 mg c/12 hr SOG	• Enoxoparina.	7 mg c/24 hr SC
• Oxcarbamacepina	200 mg c/12 hr IV	• Vancomicina	120 mg c/6hr IV
• Difenilhidantina	64 mg c/12 hr IV		

Dieta

- NPT

Líquidos 1300 ml, volumen total 792 ml, velocidad de infusión 32,5 ml/hr, vía de administración central.



*En anexos se encuentra el instrumento de valoración proporcionado por el INP, realizado en el servicio de urgencias hospitalización.

Durante el transcurso de su estancia hospitalaria una vez realizada la valoración de enfermería se identificaron las siguientes necesidades alteradas: Oxigenación, Alimentación, Eliminación, Movilidad, Descanso y sueño, Higiene y protección de la piel, Seguridad y Comunicación las cuales se abordarán en su mayoría dentro de los planes de cuidados descritos en el capítulo 7 de este trabajo.

6 JERARQUIZACIÓN POR NECESIDADES ALTERADAS

NECESIDADES ALTERADAS	
1. OXIGENACIÓN	<p>Se mantuvo intubado por sedación en urgencias, se extubo quedo con apoyo ventilatorio por mascarilla, fue dado de alta.</p> <p>Reingreso al servicio de Cirugía general donde se intubo de nuevo por sedación.</p>
2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	<p>El paciente sufre de desnutrición crónica y ha perdido peso ultimamente por sus largas estancias hospitalarias, se mantiene con nutrición parenteral.</p>
3. ELIMINACIÓN	<p>Es totalmente dependiente ya que no tiene control de esfínteres y se mantiene con sonda vesical a derivación.</p>
5. MOVILIDAD Y POSTURA	<p>Totalmente dependiente, presenta hipotrofia y daño neurológico.</p>
6. DESCANSO Y SUEÑO	<p>No tiene un horario fijo de siestas y descanso, se ven afectado por el ambiente hospitalario, actualmente se encuentra bajo sedación.</p>
7. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	<p>No es capaz de realizar el vestido propio y se encuentra hospitalizado.</p>
8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	<p>Es incapaz de realizar el baño propio, tuvo lesiones en la piel por varicela previa, se encuentra inmóvil lo que le ha generado úlceras por presión y una lenta recuperación de las lesiones, al igual que tiene celulitis infecciosa en miembro inferior derecho.</p>
9. SEGURIDAD	<p>Existe riesgo por su estado actual de salud y procedimientos invasivos que se le han realizado, así como por la prolongada estancia hospitalaria.</p>
10. COMUNICACIÓN	<p>Debido al estado epiléptico y a pesar del retraso congénito se genera más daño y existe una limitación.</p>

7 PLANES DE CUIDADOS

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA 			
NECESIDAD	1° Oxigenación.		
VALORACIÓN	El paciente se mantiene intubado por sedación.		
NIVEL DE DEPENDENCIA	Dependiente.		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones m/p estertores.		
PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar complicaciones. • Mantener la vía aérea limpia y permeable. • Incluir a la familia en el cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los signos vitales. • Mantener el apoyo de O2. • Realizar fisioterapia pulmonar y educar a la familia sobre cómo realizarla y los beneficios. • Valorar la necesidad de aspiración de secreciones y realizarlo de manera gentil, educar a la familia sobre como reconocer la dificultad respiratoria y cómo actuar. • Realizar el aseo bucal por turno y educar al familiar sobre cómo 	<ul style="list-style-type: none"> • La fluctuación de los signos vitales nos muestra si nuestro paciente se encuentra estable o presenta reacciones adversas al tratamiento y nos ayuda a evitar complicaciones. • La fisioterapia pulmonar ayuda a mantener abiertas las vías aéreas, mejorar la depuración de secreciones bronquiales y el intercambio de gases. • Educar a la familia sobre el cuidado de vías aéreas y la necesidad de oxigenación previene complicaciones en el paciente y los prepara para atenderlo en su domicilio. 	<p>El paciente fue extubado y mejoro su patrón respiratorio, se mantuvo la permeabilidad de la vía aérea y se espaciaron los tiempos de aspiración dependiendo de su necesidad, el familiar se ha incluido en su cuidado.</p> <p>Se mantuvo con mascarilla, fue dado de alta, actualmente se encuentra de nuevo intubado por mantenerse en la terapia intensiva bajo sedación.</p>

	<p>realizarlo de manera efectiva.</p> <ul style="list-style-type: none">• Verificar que se realicen las nebulizaciones.• Mantener en posición semifowler.• Mantener el tubo al nivel de la boca.	<ul style="list-style-type: none">• El aseo bucal y mantener la posición del tubo a nivel de la boca son parte del programa “adiós a las neumonías” y ayuda a evitar que se generen bacterias que puedan irse a vías aéreas. <p>(Kozier, 2013)</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



NECESIDAD	2° Alimentación		
VALORACIÓN	El paciente sufre de desnutrición crónica.		
NIVEL DE DEPENDENCIA	Dependiente		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Desequilibrio nutricional r/c estado de salud y larga estancia hospitalaria m/p peso y talla no correspondiente a su edad.		
PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Cubrir el aporte nutricional diario. • Mejorar el estado nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> • Medir el perímetro abdominal diario. • Monitorear peso y talla • Verificar la presencia de peristaltismo. • Proporcionar NPT y verificar indicación médica. • Realizar un balance de ingresos y egresos. • Administración de vitaminas y suplementos alimenticios. • Mantener la temperatura corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • La nutrición parenteral ayuda a proporcionar a nuestro paciente los nutrientes necesarios para evitar un desequilibrio nutricional. • El controlar la respuesta del paciente nos ayuda a comprobar si la terapia es eficaz o necesita ser cambiada. • El monitorizar el peso y talla nos ayuda a verificar si se cubren las necesidades dietéticas. • Evitar cambios en la temperatura corporal evita que se pierdan calorías innecesariamente. (Kozier, 2013) 	<p>El aporte calórico que se le aporta al paciente está calculado de acuerdo a sus requerimientos, por lo que se ha logrado mantener su peso en 14 kg desde su ingreso al servicio de gastroalimentación, no ha habido ganancia de peso en los siguientes 5 meses.</p>



NECESIDAD	3° Eliminación.		
VALORACIÓN	El paciente no tiene control de esfínteres y se mantiene con sonda vesical a derivación.		
NIVEL DE DEPENDENCIA	Totalmente dependiente.		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Deterioro de la eliminación r/c estado de salud m/p pérdida del control de esfínteres.		
PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar cuidados adecuados de la sonda vesical. • Evitar complicaciones. • Proporcionar la higiene adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar las características de las evacuaciones. • Facilitar la higiene después de la eliminación. • Mantener la permeabilidad de la sonda vesical. • Mantener la bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga. • Verificar la fijación de la sonda. • Reportar en caso de melena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar las características de las evaluaciones nos permite identificar posibles complicaciones. • Una vía permeable permite el paso adecuado de la orina, evita la acumulación y por ende una infección. • Que la bolsa se encuentre por debajo del nivel de la vejiga evita un retorno y permite un fácil desplazamiento de la orina por gravedad. (Kozier, 2013) 	Se ha suplido adecuadamente la necesidad de eliminación, no se han tenido complicaciones y el paciente se mantiene limpio y seco.



NECESIDAD		5° Movimiento y postura.	
VALORACIÓN		Presenta hipotrofia, daño neurológico y bajo sedación por lo que se encuentra inmóvil.	
NIVEL DE DEPENDENCIA		Dependiente	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		Deterioro de la movilidad r/c estado neurológico e hipotrofia muscular m/p limitación de movimiento, disminución de la fuerza e impedimento para mantener la postura.	
PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la movilidad del paciente. • Proporcionarle confort. • Incluir al familiar en su rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que se haga interconsulta a rehabilitación. • Incluir al familiar para la realización de ejercicios. • Mantener la alineación corporal. • Realizar cambios posturales cada 2 horas e instruir a los familiares sobre cómo realizarlo, sus beneficios y las precauciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • El realizar ejercicios de movimientos articulares mejora la circulación, favorece la potencia muscular, estimula los nervios periféricos y evita el deterioro por desuso. • El realizar cambios posturales evita que se generen lesiones en la piel. <p>(Kozier, 2013)</p>	<p>EL paciente después de los eventos convulsivos perdió parte de la movilidad y al estar sedado y con su retraso cognitivo y desnutrición, su fuerza y movilidad disminuyeron, con la ayuda en la movilización han ido mejorando la amplitud de sus movimientos.</p> <p>Actualmente se encuentra bajo sedación y relajación por lo que se debe esperar a que se retiren y volver a valorar su estado de movilidad.</p>



NECESIDAD	8° Higiene y protección de la piel		
VALORACIÓN	Es incapaz de realizar el baño propio, tuvo lesiones en la piel por varicela, se encuentra inmóvil lo que le ha generado úlceras por presión y una lenta recuperación de las lesiones, al igual que tiene celulitis en miembro inferior derecho.		
NIVEL DE DEPENDENCIA	Dependiente		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física, lesiones por enfermedad m/p incapacidad de realizar el autocuidado y retraso en la curación de las lesiones.		
PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la limpieza y la higiene. • Evitar que las lesiones se compliquen. • Evitar la aparición de más lesiones. • Recuperar la integridad de la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar baño y cambio de ropa diario. • Valoración del estado de la piel y uso de la escala de úlceras por presión. • Hidratar y mantener seca la piel. • Verificar el estado de los apósitos y reportar cualquier eventualidad. • Realizar cambios posturales cada 2 horas y rotación de dispositivos de monitorización. • Proteger las prominencias óseas. • Aplicación de calor en la zona de miembro inferior derecho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el estado de la piel nos ayuda a actuar oportuna y efectiva. • Mantener la higiene adecuada, las reglas del lavado de manos y de asepsia previenen en mayor proporción el riesgo de infección. • Evitar la humedad previene la formación de microorganismos y el protegerla evita que sea infectada por microorganismos externos. • El calor favorece la circulación. (Kozier, 2013) 	<p>El paciente presentaba celulitis en miembro inferior derecho, se mejoró la apariencia y circulación en la zona, las lesiones por varicela y la zona de biopsia avanzaron 100% en su curación. En el oído derecho presenta úlcera por presión G1 que se mantiene en vigilancia, en zona sacra la úlcera ha mejorado y ahora está aumentando el tejido de granulación.</p>



NECESIDAD		9° Evitar peligros	
VALORACIÓN		Riesgo por su estado actual de salud y procedimientos invasivos que se han realizado, así como por la prolongada estancia hospitalaria.	
NIVEL DE DEPENDENCIA		Dependiente	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		<p>Riesgo de caídas r/c estado neurológico.</p> <p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (CVC).</p> <p>Riesgo de sangrado r/c trastornos gastrointestinales (varices gástricas y esofágicas.)</p>	
PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de caídas. • Evitar infecciones. • Conservar los accesos vasculares. • Prevención de hemorragias. • Mantener la integridad física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de dispositivos de apoyo (barandales y sujeción gentil.) • Vigilar signos y síntomas de infección. • Manejo de CVC con técnica estéril. • Proporcionar una ingesta nutricional adecuada. • No colocar sondas naso-orofaríngeas. • Movilizar con precaución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los dispositivos de apoyo nos ayudan a evitar caídas. • El paciente con varices esofágicas tiene riesgo a hemorragia al introducir sondas naso-orofaríngeas por lo que se deben evitar, al igual que con la manipulación. 	<p>El paciente se ha mantenido sin complicaciones, se han logrado evitar caídas.</p> <p>El sangrado después del ingreso se logró controlar, se instaló SOG con precaución para poder administrar medicamentos y alimentación durante su estancia en urgencias.</p> <p>Inicio con fiebre por lo que se sospecha de infección con foco en CVC el cual se retira y remite con antibiótico; Fue dado de alta y reingreso al servicio de cirugía general con sangrado activo.</p>



NECESIDAD	9° Evitar peligros
VALORACIÓN	El familiar se encuentra en riesgo ya que el estado de salud del paciente influye en la estabilidad biopsicosocial del mismo.
NIVEL DE DEPENDENCIA	Familiar parcialmente dependiente.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Afrontamiento familiar comprometido r/c prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de cuidador m/p expresión verbal de la madre.

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el bienestar del cuidador principal. • Preparación del familiar para el cuidado domiciliario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una comunicación efectiva con los familiares y el cuidador principal. • Proporcionar apoyo emocional. • Facilitar la comunicación de inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. • Ayudar a la familia a comprender los planes médicos y de cuidados. • Educar a la familia sobre las técnicas y equipos necesarios para realizar los cuidados del paciente. • Identificar la comprensión de ideas de los familiares acerca de la situación de su paciente. 	<p>Los familiares deben ser incluidos y tomar parte en el proceso de la toma de decisiones y realización de procedimientos, pero a la vez están profundamente afectados por la enfermedad del paciente.</p> <p>Por lo que al igual se deben toma todas las medidas posibles para que los padres se sientan bien contenidos y apoyados. (Sola, 2011)</p>	<p>La mamá es el cuidador principal, expresaba su cansancio y desconcierto al reingresar el paciente al hospital, logro aprender muy bien todos los cuidados que necesita y cada vez está más animada en aprender.</p> <p>Se abordó sobre el estado de salud del paciente y el protocolo de cuidados paliativos, le costó trabajo comprender pero al platicarlo con su familia y para bienestar del paciente aceptaron el protocolo.</p>



NECESIDAD	10° Comunicación		
VALORACIÓN	Debido al estado epileptico y a pesar del retraso congoscitivo se genera más daño y existe una limitación		
NIVEL DE DEPENDENCIA	Dependiente		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la comunicación verbal r/c lesión cerebral m/p imposibilidad de comunicar sus sentimientos. • Deterioro de la interacción social r/c barreras ambientales y de comunicación m/p aislamiento. 		
PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la comunicación mediante otras técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las conductas emocionales y físicas como forma de comunicación. • Animarlo a expresarse. • Proporcionarle confianza. • Ayudarlo a relacionarse con el ambiente. • Mostrar empatía. • Incluir al familiar a que establezcan una línea de comunicación. 	<p>La comunicación incorpora todos los medios de intercambio de información entre 2 o más personas y es un componente básico de las relaciones humanas enfermera-paciente. (Kozier, 2013)</p> <p>Apoyar los intentos de mejorar la comunicación del paciente va a contribuir a la confianza.</p>	<p>El paciente antes de su crisis convulsiva se podía comunicar con algunas palabras, después perdió mucha de su capacidad de expresarse, la mamá ha logrado que comunique algunos de sus sentimientos y genero confianza con el personal. Actualmente por estar bajo sedación no se puede revalorar.</p>

8 PLAN DE ALTA

NECESIDAD DEL PACIENTE	CUIDADOS EN CASA	RECOMENDACIONES HIGIENICAS
Alimentación e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarle al paciente una dieta que cubra sus requerimientos nutricionales. • Reponer los líquidos perdidos de forma constante para evitar efectos secundarios en el paciente. • Controlar el estado nutricional del paciente. • Controlar el volumen de líquidos del paciente. • Evitar cambios bruscos de temperatura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la higiene adecuada al preparar los alimentos, lavarlos adecuadamente y realizar el lavado de manos. • Mantener una técnica aséptica en cualquier procedimiento realizado al paciente. • Si el paciente consume sus alimentos solo realizarle lavado de manos antes de comer. • Realizar aseo bucal después de cada comida
Movimiento y postura.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicios activos y pasivos de acuerdo a la instrucción del departamento de rehabilitación de acuerdo a las posibilidades del paciente en el horario indicado. • Explicarles el objeto del plan de ejercicios. • Mantener al paciente en una posición óptima y confortable para realizar los ejercicios y evitar la presión en los puntos de dolor. • Enseñar el uso de analgésicos y estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas en las decisiones sobre el alivio del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicarles los 5 momentos del lavado de manos; antes de tocar al paciente, antes de una tarea aséptica, después del contacto con el paciente, después de la exposición a fluidos corporales, después del contacto con el entorno del paciente. • Proporcionar información a la familia sobre cómo evitar caídas en su paciente.
Pérdida de la continuidad cutánea.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una adecuada curación de heridas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la familia sobre cómo mantener una asepsia como las reglas (del centro a la periferia, distal a proximal, arriba hacia abajo, de

	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar al paciente los analgésicos recetados en caso de tenerlos indicados. • Mantener al paciente en una posición confortable y proteger el área afectada. • Valorar constantemente la herida y vigilar signos de infección (eritema, edema, aumento de temperatura, supuración y mal olor). • Evitar fricción y cizallamiento. • Realizar cambios posturales cada 2 horas. • Proteger las prominencias óseas. 	<p>limpio a sucio, de limpio a limpio) y el lavado correcto de manos.</p>
<p>Higiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar un jabón neutro. • Evitar que en el lugar donde se proporciona el baño haya corrientes de aire y verificar una temperatura adecuada. • Realizar el baño diario. • Proporcionarle higiene inmediatamente después de que el paciente micción o evacue. • Realizar cambio diario de ropa. • Cambiar la ropa de cama máximo cada tercer día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el baño de la zona distal a la proximal. • Usar esponja diferente en el cuerpo y en el área genital. • Mantener la habitación limpia y libre de polvo. • Evitar que el paciente quede húmedo y secar bien los pliegues corporales.
<p>Seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar infecciones. • Evitar caídas y utilizar los dispositivos de apoyo, barandales, que la cama este pegada a la pared, usar almohadas como apoyo para evitar que se mueva, no trasladarlo grandes distancias, no dejarlo solo. • Saber los signos y síntomas de alarma (Sangrado, fiebre, dolor, pérdida del estado de alerta.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la higiene de manos en los tiempos que se indicó. • Evitar que el paciente tenga contacto con gente enferma. • Evitar zoonosis. • No acudir a lugares concurridos o conglomerados.

9 CONCLUSIÓN

Nuestro paciente se encontraba en el protocolo de cuidados paliativos, como personal de salud siempre es importante ver por el bienestar de nuestro paciente con todo lo que tengamos a nuestra disposición, por lo que el médico a cargo del protocolo de cuidados paliativos, decidió sacarlo para que los médicos de cirugía general accedieran a realizar la operación de la derivación espleno renal y así nuestro paciente aunque no va a recuperar 100 % la salud se le puede proporcionar una calidad de vida con dignidad, que es el propósito fundamental de los cuidados paliativos.

Con la realización del PAE se logró cumplir el objetivo de enfermería, que es cuidar a nuestro paciente y cubrir cada una de sus necesidades, en base a la teoría de Virginia Henderson, para lograr un equilibrio biopsicosocial, al no poder curarlo siempre debe tomarse en cuenta el evitar el dolor e incluir a la familia 100% en el tratamiento, ya que ellos son parte totalmente de cómo progresa su salud y son la base de todo cuidado, por lo que educarlos de una manera adecuada va a prevenir complicaciones siendo uno de los principales propósitos del cuidado enfermero.

Como servicio social me pareció una excelente oportunidad para brindar todo eso de lo que siempre se hizo hincapié en la teoría, pero jamás se va a entender tanto como teniendo a la persona enfrente, ver como mejora o se deteriora, te da la oportunidad de poder brindarle tus conocimientos y el cuidado adecuado para que recupere su salud, el conocer cómo funciona un protocolo en cuidados paliativos fue nuevo para mí, pero en la actualidad hay avances sobre las enfermedades que se están volviendo crónicas es de vital importancia educar más sobre cómo tratar al paciente y no relegarlo cuando “ya no se puede hacer más”.

“Juro por todos mis ancestros, Por las fuerzas de la naturaleza y Por todos los dones y riquezas de esta vida, Que en todos mis actos preservaré y respetaré la vida de mi paciente. Me sentaré a su lado y escucharé sus quejas, sus historias y sus preocupaciones; Cuidaré, reuniendo todos los recursos de un equipo multiprofesional, para que se sienta lo mejor posible, tratando siempre todo aquello que lo incomoda, usando los recursos necesarios e imprescindibles para ello. No le abandonaré y estaré a su lado hasta el último instante. Haré, silenciosamente, nuestra despedida, deseándole amor y suerte en su nueva morada; Cuidaré de su cuerpo y consolaré a su familia y personas queridas después de su partida, permitiendo que parta con seguridad y tranquilidad; Finalmente, hablaré de amor y con amor. Y aprenderé, con cada uno de ellos, a amar cada vez más Incondicionalmente.”

Dra. María Goretti Salas Maciel, Sao Paulo, Brasil.

10 BIBLIOGRAFÍA

- Ackley., B. J. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería, guía para la planificación de cuidados, 7º Edición*. Madrid: Elsevier-Mosby.
- Albinagorta Olórtegui, R. G.-S. (2013). Diagnóstico prenatal de agenesia del cuerpo calloso mediante neurosonografía volumétrica-3D: una nueva alternativa para la evaluación de anomalías de la línea media. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 289-294.
- Aljure-Reales, V. d. (2017). Agenesia del cuerpo calloso: Un tema poco conocido. *CES Medicina.*, 172-179.
- Arias., M. D. (2006). *Cuidados paliativos*. España: Difusión de Avances de Enfermería.
- Bello, N. (2006). *Fundamentos de enfermería Parte I*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Bernater, R. (2013). Status epiléptico: Actualización en consideraciones clínicas y guías terapéuticas. *Neurología Argentina, Elsevier Doyma*, 118-125.
- Cruells, D. J. (2005). *Concepros de bioética y responsabilidad médica*. México: El manual moderno.
- Gana, J. C. (2011). Profilaxix primaria de várices esofágicas en pediatría. *SciELO*.
- Garcés., M. A. (2003). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería.
- gastroenterología., O. m. (2015). Várices esofágicas. *Guías mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología*, 2-7.
- Hernández., P. (2002). Operacionalización del Proceso de Atención de Enfermería. *Mexicana de Enfermería Cardiológica.*, 62-65.
- Internacional, N. (2015-2017). *NANDA, Diagnósticos enfermeros de la NANDA*. Madrid: Elsevier.

- Iyer, P. W. (1998). *Proceso de Enfermería y diagnóstico de enfermería*. México.: Interamericana Mc Graw-hill.
- Kliegman., W. E. (2013). *Tratado de Pediatría*. España: Elsevier.
- Kozier, B. (2013). *Fundamentos de enfermería*. España: Mc Graw Hill Interamericana.
- Lagares, A. (16 de Julio de 2011). *Elsevier Doyma*. Obtenido de Rehabilitación.: <http://www.elsevier.es/rh>
- NANDA. (1999). *NANDA. Diagnosticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica 7ª Edición*. Madrid: Harcourt.
- National Center for Advancing Translational Sciences*. (23 de 06 de 2017). Obtenido de Genetic and Rare Diseases Information Center.: <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/11869/agenesia-del-cuerpo-caloso>
- paliativos, S. E. (2014). *Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a pacientes y familia en procesos avanzados y terminales*. Madrid España: SANED.
- Sancho, M. G. (1999). *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid, España.: ARÁN.
- Santos, F. S. (2011). Cuidados paliativos. En F. S. Santos, *Cuidados paliativos* (pág. 221). Bogotá: El manual moderno.
- Serret, D. J. (2016). Agnesia parcial del cuerpo caloso en una infante. *Medisan*, 2049-2054. Obtenido de Agnesia parcial del cuerpo caloso en una infante.: <http://148.215.2.10/articulo.oa?id=368446718013>
- Sola, A. (2011). *Cuidados neonatales: descubriendo la vida de un recién nacido enfermo*. Buenos aires: Ediciones médicas SRL.
- Suarez, M. V. (2006). *Enfermedades neurodegenerativas, Series del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía*. México: TEVA Neuroscience Academy.
- Torres, E. M. (2015). *Agnesia del cuerpo caloso: A propósito de un caso*. España.: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Edicación, Universidad de Jaén.

Valverde I., M. A. (2013). *Enfermería pediátrica*. México: El manual moderno.

Villalobos., M. M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de la enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 86-95.

11 ANEXOS



Instituto Nacional de Pediatría
 Subdirección de Enfermería
 Área de Enseñanza en enfermería
 Instrumento de valoración para pasantes de enfermería

VALORACIÓN POR NECESIDADES HUMANAS

Nombre: Von de Jesús Abril Edad: 6a Sexo: M Peso: 14kg Talla: 1.30 cm
 Fecha de nacimiento: 08.01 Escolaridad: NO Ocupación: -
 Fecha de admisión: 08.02.17 Hora: 23:45 Procedencia: Domicilio
 Fiabilidad (1-4) 4 Cuidador primario: Madre

1.- OXIGENACION Y CIRCULACIÓN

OBJETIVOS			
1.-INSPECCION			
Palidez de tegumentos Vesículas generalizadas en costra Celulitis en mp derecho			
Regiones: a) supraclavicular:	vértice pulmonar:	ganglios:	
Con CVC	lineal	Sin adenomegalias	
b) Infraclavicular:	Mamaria	Foco cardíaco	
Normolinea	Adecuado a edad y sexo		
Forma del tórax	Tamaño del torax lineal	Estado de la superficie vesículas en costra	Movimientos torácicos adecuados
Pectum excavatum si _____ no <u>X</u>	Xifosis si _____ no <u>X</u>	Escoliosis si _____ no <u>X</u>	En quilla si _____ no <u>Y</u>
SaO ₂ : <u>100 %</u>	SaCO ₂ : <u>-</u>		

MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS			
FRECUENCIA RESPIRATORIA			
Bradipnea: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> evidencia:	Taquipnea: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> evidencia:	Hipernea: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Evidencia:	Ortopnea: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> evidencia:
ALTERACIONES DEL RITMO			
Quejumbrosa o anhelante: Si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	cheyne-stokes. Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Biot: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Kussmaul: Si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
Respiración paradójica Si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	Tiro intercostal Si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	Aleteo nasal Si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	
2.-PALPACIÓN: (permite completar y/o confirmar los datos de la inspección)			
Ampleaxion (amplitud y simetría)	Palpación de vibraciones vocales	Frémito palpable	
Adecuados, simétricos	-	-	
Palpación por de niveles: hemidiafragmas	Palpación de laringe y tráquea	Presencia de ganglios en supraclavicular	Sensibilidad o dolor
-	Central	NO	Reactivo
3.-PERCUSIÓN: variación de sonoridad de la caja torácica			
Matidez: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Submatidez: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Resonancia o claro pulmonar: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Hiperresonancia Si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
Timpanismo Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
4.-AUSCULTACIÓN			
Respiración ruda o ruidosa Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Ruidos adventicios Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Estertores roncantes Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Estertores bronquiolo-alveolares: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Frotes pleurales Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Broncofonía Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Soplo tubario Si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
FACTORES PREDISPONENTES O DE RIESGO: (AMBIENTALES Y PERSONALES)			
¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> Cuantos cigarrillos al día o cajetillas a la semana: _____ varía con su estado emocional: _____ Fuma dentro de casa: _____			
Datos subjetivos que nos pueda aportar el paciente y su familia: _____ _____ _____ _____			
Dependencia: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> D	Fuentes de dificultad: Conocimiento: _____ Fuerza: _____ Voluntad: _____		

CIRCULACIÓN		SUBJETIVO	
Temperatura distal: 36.5°			
OBJETIVO			
F.C.: 106	Pulso: Intensidad Adecuada	ritmo: Ritmico	
T/A: Diastolica: 99	sistolica: 82	Media: 66	PVC: cm H ₂ O
Edema: General: NO	Localizado: NO		
Color de piel y tegumentos: sonrosado - cianosis: - palido ✓			
Equimosis: NO Llenado capilar: 3 seg			
Otros: _____			
Dependencia:	I	X	PD D
Fuentes de dificultad:	Conocimiento:	Fuerza	Voluntad

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

SUBJETIVOS	
Dieta habitual(tipo) NPT	
Numero de comidas diarias: Infusión	
Trastornos digestivos: Várices gástricas y esofágicas	
Alergias y/o intolerancias: NO	
Masticación: -	
Alimentos de preferencia: -	
OBJETIVOS (exploración)	
Dentición: ✓	mucosas hidratadas
Lengua: ✓	
Esófago: (fistula) Várices	
Estomago: Várices	
Turgencia de la piel: Delgada	
Membranas y mucosas hidratadas: ✓	
Características de uñas, cabello: ✓	
Funcionamiento sistema musculo esquelético: Debilidad	
Dieta: vía oral:	sonda:
Otros: _____	
Dependencia:	I PD D X
Fuentes de dificultad:	Conocimiento: Fuerza Voluntad

3.- ELIMINACIÓN

SUBJETIVO	
Hábitos intestinales:	Esponánea.
Características de heces:	Melena
Características de la orina:	✓
Características de la menstruación:	-
Dolor al defecar, miccionar o menstruar:	NO
Como influyen sus emociones en su patrón de eliminación:	-
OBJETIVOS	
Características del abdomen:	blando
Movimientos peristálticos:	presentes P.A. 53 cm
Palpación vejiga urinaria:	
Sonda:	✓ DU [Volumen urinario: _____
Otros:	
Dependencia:	I _____ PD _____ D _____ X _____
Fuentes de dificultad:	Conocimiento: _____ Fuerza _____ voluntad _____

4.- NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

SUBJETIVOS	
Adaptación al medio (cambios de temperatura)	Eutermico
Temperatura ambiental que le es agradable:	Templado
OBJETIVO	
Temperatura:	36.5° distermias - prematuridad: -
Características de la piel:	Vesículas en fase de costra Diaforesis: NO
Otros:	celulitis en mpd
Dependencia:	I _____ PD _____ X _____ D _____
Fuentes de dificultad:	Conocimiento: _____ Fuerza _____ Voluntad _____

5.- MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA

SUBJETIVO	
Actividad física cotidiana:	NO
Hábitos de descanso:	10 - 8 hrs
Hábitos de trabajo:	
OBJETIVOS	
Estado del sistema Musculo esquelético (fuerza)	Debilidad
Capacidad muscular. (tono/ resistencia/flexibilidad)	Tono bajo
Deambulación:	NO
Dispositivos para deambular:	NO
Mantiene posición adecuada:	NO
Dolor al movimiento:	NO
Presencia de temblores:	NO
Estado de conciencia:	Poco reactivo al ambiente.
Estado emocional:	-

9.- EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO	
Miembros que componen la familia de pertenencia: <u>Madre, Padre 1 hermana y 2 hermanos</u>	
Cómo reacciona ante situaciones de urgencia: <u>Pide a su mamá</u>	
Conoce medidas de prevención de accidentes: <u>NO</u>	
OBJETIVO	
Grado de autonomía: <u>baja</u>	Nivel de conciencia: <u>-</u>
Dolor: <input checked="" type="checkbox"/>	Uso dispositivos: <u>NO</u>
Peligros del entorno: <u>Hospitalarios</u> hogar <u>NO</u>	
Trabajo: <u>-</u> hospitalaria: <u>-</u>	
Deformidades genéticas: <u>Hipoplasia del cuerpo calloso</u>	
Crisis convulsivas: <input checked="" type="checkbox"/>	
Esquema de vacunación: <u>Completo</u>	
Otros: _____	
Dependencia: I _____ PD _____ D <input checked="" type="checkbox"/>	
Fuentes de dificultad: Conocimiento: _____ Fuerza: _____ Voluntad: _____	

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

SUBJETIVO	
Con quien vive: <u>Padres</u>	
Preocupaciones: <u>salud</u>	
Otras personas que pueden ayudar: <u>Hermanos</u>	
Numero de hijo: <u>4</u>	
Comunica problemas debido a su enfermedad o estado: <u>NO</u>	
Cuanto tiempo pasa sola (o): <u>Poco</u>	
OBJETIVO	
Habla claro: <u>NO</u> confuso <input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad: visión: <u>NO</u> audición: <u>NO</u>	
Comunicación verbal: <u>Limitada</u>	
Comunicación no verbal: <input checked="" type="checkbox"/>	
Acorde a su edad: <u>NO</u>	
Con la familia: <input checked="" type="checkbox"/>	
Con otras personas: <u>Temerosa</u>	
Otros: _____	
Dependencia: I _____ PD _____ D <input checked="" type="checkbox"/>	
Fuentes de dificultad: Conocimiento: _____ Fuerza: _____ Voluntad: _____	

Otros:	
Dependencia:	I _____ PD _____ D <input checked="" type="checkbox"/>
Fuentes de dificultad:	Conocimiento: _____ Fuerza _____ Voluntad _____

6.-DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO	
Horas de descanso: <u>Variables</u>	Horario de sueño: <u>-</u>
Siestas: <u>Variables</u>	Descansado al levantarse: <u>-</u>
Dificultad para conciliar el sueño: <u>NO</u>	Debido: _____
OBJETIVO	
Estado mental: ansiedad: <input checked="" type="checkbox"/> estrés: _____ lenguaje: _____	
Ojeras: _____ bostezos: _____ Atención: _____ concentración: _____	
Apatía: _____ cefalea: _____ irritable: <input checked="" type="checkbox"/>	
Respuesta a estímulos: <u>Presente</u>	
Otros:	
Dependencia:	I _____ PD <input checked="" type="checkbox"/> D _____
Fuentes de dificultad:	Conocimiento: _____ Fuerza _____ Voluntad _____

7.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

SUBJETIVO	
Influye su estado de ánimo para seleccionar la prenda de vestir: <u>-</u>	
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: <u>-</u>	
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: <u>-</u>	
OBJETIVO	
Viste de acuerdo a su edad: <u>-</u>	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: <u>NO</u>	
Vestido: completo _____ sucio: _____ inadecuado: _____	
Otros:	
Dependencia:	I _____ PD _____ D <input checked="" type="checkbox"/>
Fuentes de dificultad:	Conocimiento: _____ Fuerza _____ Voluntad _____

8.- HIGIE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

SUBJETIVO	
Frecuencia del baño: <u>Diario</u>	cambio de ropa: <u>Diario</u>
Momentos preferidos para el baño: <u>Matutino</u>	
Cuándo realiza el lavado de dientes: <u>Después de las comidas</u>	
Cuándo realiza el aseo de manos: <u>Antes de comer</u>	
Creencia personal o religiosa que limite sus hábitos higiénicos: <u>NO</u>	
Cuenta con agua potable: <input checked="" type="checkbox"/>	drenaje: <input checked="" type="checkbox"/>
OBJETIVO	
Aspecto general: <u>Agotado</u>	
Olor coporal: _____	Halitosis: <u>NO</u>
	Zoonosis: <u>NO</u>
Estado de cabello y cuero cabelludo: <u>Peseco</u>	
Manos: _____	corten de uñas: <input checked="" type="checkbox"/>
Cavidades: <u>Hidratadas</u>	lesiones dérmicas: <u>Vesículas</u>
Otros:	
Dependencia:	I _____ PD _____ D _____ X _____
Fuentes de dificultad:	Conocimiento: _____ Fuerza _____ Voluntad _____

11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

SUBJETIVO	
Creencias religiosas: <u>Catolicos</u>	Le genera conflicto personal: <u>-</u>
Principales valores en la familia: <u>Respeto y apoyo</u>	
Principales valores familiares: <u>''</u>	
Principales valores personales: <u>-</u>	
Dificultad para tomar decisiones y afrontar situaciones difíciles: <u>✓</u>	
OBJETIVO	
Congruente con su forma de pensar y vivir: <u>-</u>	
Grado de conocimiento y aceptación de su estado de salud: <u>-</u>	
Cambios vitales en el rol: <u>Completamente</u>	
Otros: <u></u>	
<u></u>	
<u></u>	
Dependencia: <u>I</u> <u>PD</u> <u>D</u> <u>X</u>	
Fuentes de dificultad: <u>Conocimiento:</u> <u>Fuerza:</u> <u>Voluntad:</u>	

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE -

SUBJETIVO	
Actividad actual: trabaja: <u>-</u> estudia: <u>-</u> juega: <u>✓</u>	
Tiempo que dedica a esa actividad: <u>-</u> Riesgos: <u>-</u>	
Remuneración permite satisfacer necesidades básicas de su familia: <u>-</u>	
<u>-</u>	
Está satisfecho el rol familiar que juega: <u>-</u>	
OBJETIVO	
Estado emocional: calmado <u>-</u> ansioso <u>-</u>	
irritable <u>✓</u> temeroso <u>✓</u>	
Enfadado <u>-</u> inquieto <u>✓</u>	
eufórico <u>-</u>	
Otros: <u>Su estado de salud no le permite ir a la escuela</u>	
<u>-</u>	
<u>-</u>	
Dependencia: <u>I</u> <u>PD</u> <u>D</u> <u>X</u>	
Fuentes de dificultad: <u>Conocimiento:</u> <u>Fuerza:</u> <u>Voluntad:</u>	

13.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO	
Nivel académico: <u>—</u>	Preferencias: leer/escribir: _____
Problemas de aprendizaje: <input checked="" type="checkbox"/>	
Limitantes cognitivas: <u>Retraso</u>	
OBJETIVO	
Conoce fuentes de apoyo: <u>NO</u>	
Muestra interés por el aprendizaje de su salud: <u>—</u>	
Estado sistema nervioso: <u>Estatus epileptico</u>	
Órganos de los sentidos: _____	
Estado emocional (ansiedad, dolor): <u>Ansioso, temeroso</u>	
Memoria reciente: _____	memoria remota _____
Conoce su diagnóstico: <u>NO</u>	Conoce su tratamiento: <u>NO</u>
Otras: _____	
Dependencia: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> X	
Fuentes de dificultad: Conocimiento: _____ Fuerza _____ Voluntad _____	

14.- OCIO, PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO	
Ocio habituales: _____	
Actividad recreativa habitual: <u>Dibujar</u>	
Deporte de preferencia: _____	
Actividad cultural: _____	
Integración de actividades en familia: <u>Calorea con su familia</u>	
OBJETIVOS	
Otros: <u>Limitado por el estado de salud</u>	
Dependencia: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> X	
Fuentes de dificultad: Conocimiento: _____ Fuerza _____ Voluntad <input checked="" type="checkbox"/>	