



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

PREESCOLAR CON DEFICIT EN EL REQUISITO: PROVISIÓN DE
CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESO DE ELIMINACIÓN
SECUNDARIO A PRUNE BELLY

ESTUDIO DE CASO:

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

PRESENTA:

LIC. ENF. ALTAMIRANO ROJAS JANETT

ASESORA:

MTRA. MARGARITA HERNÁNDEZ ZAVALA

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2018





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.

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	3
3. Metodología.....	4
4. Fundamentación.....	5
5. Marco conceptual.....	9
5.1. Conceptualización de Enfermería.....	9
5.2. Paradigmas.....	10
5.3. Escuelas de Enfermería.....	13
5.4. Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem.....	17
5.5. Proceso Enfermero.....	26
5.6. Relación teoría General del Déficit de Autocuidado/Proceso Enfermero.....	45
5.7. Daños a la salud.....	47
5.8. Consideraciones éticas.....	53
6. Presentación del caso.....	65
7. Valoración de enfermería apoyada en la teoría general de Autocuidado.....	66
7.1. Factores Básicos Condicionantes.....	66
7.2. Exploración física.....	69
7.3. Valoración de Requisitos Universales.....	71
7.4. Valoración de Requisitos de Desarrollo.....	77
7.5. Valoración de Desviación de la Salud.....	79
7.6. Jerarquización de requisitos.....	80
8. Diagnósticos de Enfermería.....	81
9. Planeación, ejecución y evaluación.....	82
10. Valoraciones Focalizadas.....	109
11. Evaluación general de los planes de cuidado.....	116
12. Plan de alta.....	118
13. Conclusiones.....	123
14. Sugerencias.....	124
15. Anexos.....	125
16. Referencias Bibliográficas.....	141

1. Introducción.

La Enfermería es una profesión influida por hechos y valores sociales configurada a lo largo de la historia. En el siglo XX surge la reflexión intelectual sobre el quehacer enfermero, en esta época se marcan cambios relevantes, surge la generación de nuevos conocimientos científicos que han permitido a la Enfermería, mostrarse como actor crítico. La contribución intelectual sustenta la profesión de enfermería mediante una base conceptual y teórica que mejora la calidad de atención, afinando el pensamiento crítico y transformando la información obtenida en cuidados de enfermería especializados.

La demanda de profesionales de Enfermería ha traído consigo la creación de cursos de especialización, maestría y doctorado en diversas áreas. Concretamente la Especialidad en Enfermería Infantil, enmarca el cuidado del paciente pediátrico en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo, de tal forma que la aplicación de una herramienta metodológica (Proceso Enfermero), apoyada en un modelo teórico y evidencia científica, permite al profesional analizar críticamente las diversas respuestas humanas, con el fin de crear un plan de cuidados específico para cada paciente.

Existen diversas patologías complejas exclusivas de las edades pediátricas como es el caso del Síndrome de Prune Belly, se estima que la incidencia de dicho síndrome es de 1 caso por cada 40 000 a 50 000 recién nacidos vivos, lo que lo convierte en un padecimiento poco común, por esta razón, se decidió realizar el presente estudio de caso a un paciente preescolar con este padecimiento, hospitalizado en el servicio de cirugía general en el Instituto Nacional de Pediatría (INP). El paciente se benefició de este estudio, mediante la modificación y eliminación de hábitos inadecuados que ayudaron a prevenir complicaciones y mejoraron su calidad y estilo de vida, al mismo tiempo se contribuyó a la reinserción del paciente a su entorno social.

2. Objetivos.

2.1. General

Elaborar un Estudio de Caso a un preescolar con diagnóstico médico de síndrome de Prune Belly, hospitalizado en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), mediante la aplicación del Proceso Enfermero como herramienta metodológica, apoyado en la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem, sustentado con evidencia científica, con el fin de prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y reincorporar al paciente a su entorno social.

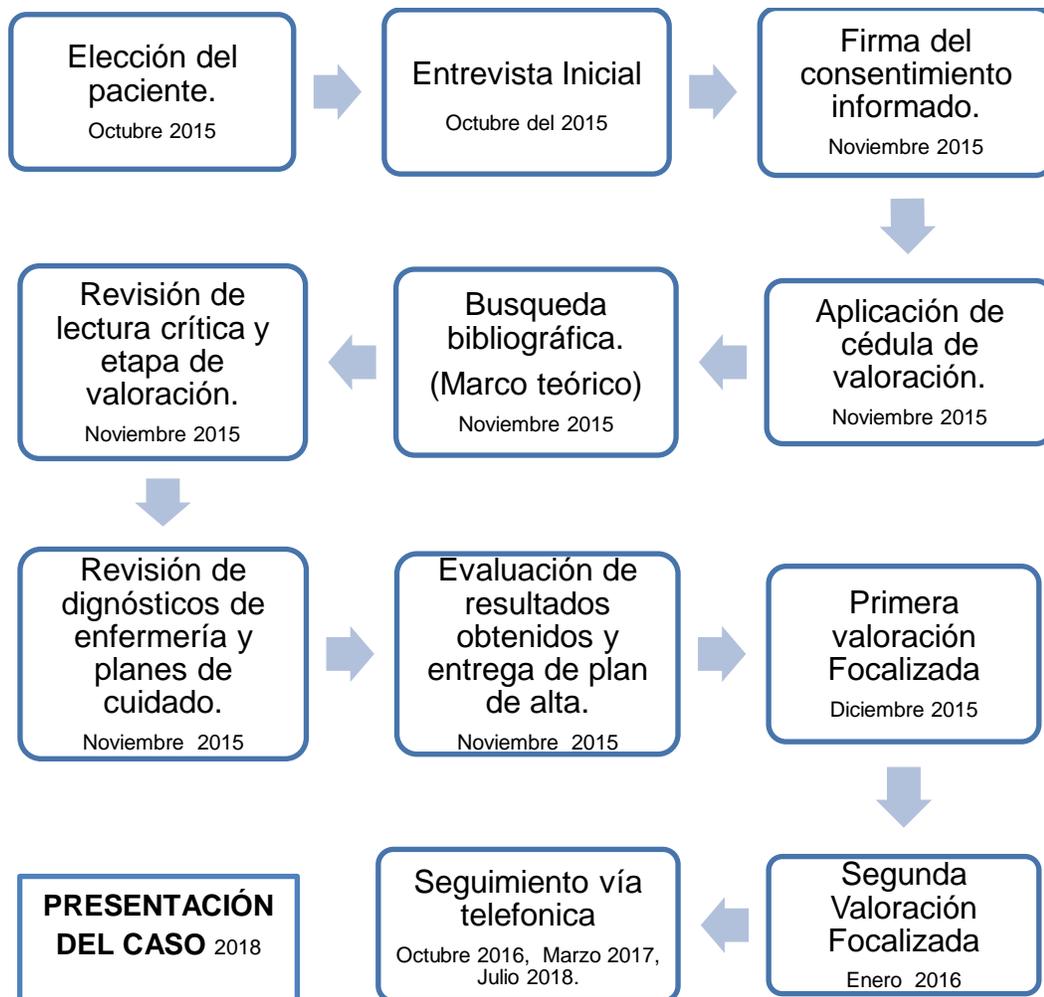
2.2. Específicos.

- Realizar una valoración general y dos focalizadas, con el fin de detectar factores condicionantes y respuestas humanas, que lleven al paciente a presentar déficit de autocuidado.
- Elaborar diagnósticos de enfermería acorde a los déficits identificados en los requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud con la finalidad de mejorar la calidad y continuidad de los cuidados que se le proveen al paciente.
- Elaborar planes de cuidados especializados acorde a las desviaciones de salud detectadas estableciendo prioridades y ejecutar las intervenciones vigilando el cambio de necesidades del paciente de manera continua.
- Evaluar si los cuidados de enfermería provistos son apropiados, reflejados en el avance de los resultados deseados.
- Elaborar un plan de alta acorde a los déficits de autocuidado detectados y mediante el apoyo educativo, modificar su estilo de vida con el fin de prevenir complicaciones futuras.

3. Metodología

3.1. Elección del paciente.

Durante la rotación de prácticas de los alumnos de la Especialidad en Enfermería Infantil, por el servicio de cirugía general en el INP, correspondiente a los meses de Octubre-Noviembre del 2015, se captó un paciente con una entidad patológica denominada Síndrome de Prune Belly, la cual nos llamó la atención debido al desconocimiento del comportamiento y la terapéutica de dicho síndrome, al mismo tiempo, en la elección influyó, la accesibilidad del paciente y cuidador primario, el apego al régimen terapéutico y disponibilidad para mejorar y eliminar conductas nocivas.



4. Fundamentación.

4.1. Artículos relacionados.

En la actualidad los profesionales de enfermería basan los cuidados enfermeros en las mejores evidencias científicas disponibles, la lectura crítica permite discriminar los artículos según los puntos fuertes y débiles de la metodología utilizada.

Se realizó una búsqueda de artículos en las bases de datos de bibliotecas electrónicas como: Pubmed, LILACS, Medigraphic y Scielo. Se definieron como descriptores controlados: Prune, Belly, Eagle, Barret, syndrom, tríade, infección, urinary, hipoacuse y constipation. Los límites considerados en las búsquedas fueron: humanos, niños, año de publicación. Se adoptaron, también, como criterios de inclusión: estudios completos en inglés y español. Después del análisis crítico de los textos completos se eligieron 6 artículos. La selección fue avalada por la coordinadora de la especialidad en Enfermería Infantil y la asesora del estudio de caso.

Para conocer más a fondo el Síndrome de Prune Belly (SBP) Seidel y Arlen (2015), realizaron una revisión y seguimiento de pacientes con este padecimiento, cuyo objetivo fue revisar las manifestaciones clínicas. Dentro de los resultados relevantes encontraron que de los 46 pacientes pediátricos seguidos había 44 niños y 2 niñas. El 97% presentaban hidroureteronefrosis, y el 78% reflujo vesicoureteral. El 11% presentaron insuficiencia respiratoria significativa dentro de los cuales, 2 pacientes eran dependientes de oxígeno, 39% tuvieron otras malformaciones congénitas, incluyendo cardíacas en 4 pacientes, las anomalías musculo-esqueléticas se encontraron en 10 pacientes.

La orquidopexia fue la cirugía más común en todos los niños de edades ≥ 3 años. El 48% tenían antecedentes de cirugía ureteral, al 47% les practicaron cirugía vesical, el 24% tenían cirugía renal. Diecinueve pacientes fueron sometidos a abdominoplastia, 18 niños documentaron enfermedad renal crónica y 8 niños (17%) fueron sometidos a trasplante renal. Concluyeron que los niños con SPB tienen comorbilidades significativas y requieren intervenciones quirúrgicas frecuentemente en diferentes aparatos y sistemas. La enfermedad renal terminal temprana es prevalente, con aproximadamente el 15% de los niños que requieren un trasplante de riñón¹.

Cada uno de los pacientes con síndrome de Prune Belly deben abordarse de manera individualizada, no todos tienen la misma presentación clínica, este

artículo nos da un panorama más amplio de la enfermedad y marca la pauta para buscar intencionadamente problemas en aparatos y sistemas que hubiésemos podido omitir, al mismo tiempo, podemos dar educación y orientación al cuidador primario enfocándonos en los déficits de autocuidado detectados, con el fin de evitar deterioro progresivo y daño permanente en el paciente.

Por otra parte en el artículo elaborado por Saura, Brito y González², detalla el impacto de la afección en el funcionamiento renal que presentan los pacientes con malformaciones renales y de vías urinarias, las cuales constituyen la causa más frecuente de la enfermedad renal crónica en niños menores de 5 años. En el mundo se incrementa el número de casos nuevos; en países de América latina se reporta una tasa de incidencia que varía entre 2.8 y 15.8 por millón de población. Este fenómeno es multifactorial, se debe tanto a la reducción prenatal del número de nefronas en algunos casos, como a la formación secundaria de cicatrices renales, generalmente secundarias a episodios de pielonefritis aguda. Se considera, según varios informes, que la nefropatía cicatrizal se desarrolla después de una infección urinaria alta en 25-60% de los enfermos.

En este artículo los autores mencionan un término muy importante denominado nefroprevención, donde destacan que la detección oportuna de malformaciones renales y urinarias desde el periodo intrauterino, nos pueden ayudar a la prevención de daño renal temprano, este grupo de pacientes son más propensos a sufrir episodios recurrentes de infección urinaria que llevarán al paciente a urosepsis y en algunos casos a la muerte. Como profesionales de enfermería debemos idear una estrategia que pese a las deformidades renales o urinarias detectadas, podamos reducir la aparición de infecciones del tracto urinario, si bien, no podemos actuar directamente en el problema, nuestra labor es apoyar a los cuidadores primarios proporcionando información para la detección y prevención de complicaciones asociadas a procesos patológicos urinarios.

Ya hemos hablado de limitación de daño renal y prevención de infecciones urinarias, sin embargo, en este síndrome existe otro problema no menos importante que es la agenesia o ausencia de los músculos abdominales y su repercusión en el estado de salud del paciente. Existen alternativas quirúrgicas para corregir este problema. León, Acosta y Cárdenas³, reportan un caso de un paciente que a los 8 años de edad, fue sometido a cirugía para reconstrucción de la pared abdominal, utilizando la técnica de Montfort, que consiste en marcación y eliminación de elipse sobrante de piel abdominal, desde apéndice xifoides hasta la región, púbica. A los 23 años de edad, el paciente presenta caracteres sexuales secundarios desarrollados, sin síntomas urológicos ni digestivos. En ese momento solicita una mejoría de estética abdominal. Le practican abdominoplastia con acceso de Grazer conservando el ombligo y colocando una malla de polipropileno

de 15x15 cm en hemiabdomen derecho por considerar que era éste el lado de mayor afectación. La evolución cursó sin problemas postoperatorios y fue dado de alta hospitalaria a los 3 días de la intervención. En la revisión 1 año después presenta heridas cicatrizadas, mejor tono y estética de la pared abdominal.

La corrección del defecto abdominal además de mejorar la función respiratoria e intestinal ayuda al vaciamiento vesical disminuyendo complicaciones derivadas de infecciones urinarias. Podemos orientar al cuidador primario sobre la utilidad de la corrección del defecto de la pared abdominal y el beneficio a corto y largo plazo que puede tener, así como las condiciones de salud mínimas para ser candidato a este tipo de intervención quirúrgica.

El estreñimiento es otro de los problemas derivado de la agenesia o ausencia de la musculatura abdominal. El estreñimiento crónico es definido como retraso o dificultad en la defecación que está presente durante al menos dos semanas y que tiene la intensidad suficiente como para provocar un malestar significativo en el paciente (Ortega y Barroso)⁴. En este artículo marcan la diferencia que existe entre los dos tipos de estreñimiento que son: Estreñimiento Crónico Orgánico (ECO) y el Estreñimiento Crónico Funcional (ECF). El ECO es causado por alteraciones neurológicas, anomalías de la pared abdominal, anomalías metabólicas, medicamentos, alteraciones anatómicas (anomalías anorrectales) y alteraciones de la motilidad. En el ECF sus causas más frecuentes son los cambios dietéticos, retirada del pañal, enfermedades agudas recurrentes, incorporación a la vida escolar, menor ingesta de líquidos, la vida sedentaria y la ausencia de horario al defecar.

En este caso nuestra prioridad sería el ECO donde menciona el Síndrome de Prune Belly como una de las anomalías de la pared abdominal causante de este tipo de estreñimiento. La importancia de conocer la clasificación del estreñimiento y el abordaje terapéutico radica en la adecuada elaboración de un plan de cuidados con las intervenciones específicas ya que no son las mismas condiciones lo que causan el estreñimiento orgánico y el funcional.

Además de las malformaciones antes mencionadas, nuestro paciente presenta afección auditiva (hipoacusia), por lo que es relevante incluir información sobre este padecimiento. El sentido del oído no sirve exclusivamente para oír, aprender a hablar, controlar la voz y comunicarse, sino que tiene otras funciones asociadas al desarrollo global del individuo. Cuando la sordera es profunda, bilateral y de inicio temprano, la falta de tratamiento puede llevar a la instauración de un amplio síndrome psico-social, con problemas psico-afectivos derivados del aislamiento, alteraciones del comportamiento, falta de desarrollo intelectual y dificultades en la integración social. El 80% de las hipoacusias infantiles son congénitas y

aproximadamente un 20% se desarrollan en los primeros años de la vida. Existen alrededor de 600 síndromes que asocian hipoacusia (Benito y Silva)⁵. De acuerdo con los autores la hipoacusia debe ser detectada y tratada a tiempo para que esta no deje secuelas permanentes, en la actualidad se ha dado más importancia al cribado auditivo y al uso de recursos tecnológicos de diagnóstico como los potenciales evocados auditivos del tronco cerebral para evaluar la audición, sin embargo, se debe involucrar a los cuidadores primarios en la detección de la hipoacusia y retraso en el habla para derivarlo con un especialista que determine la tecnología que se utilizara según la edad, grado de audición y recursos disponibles. Además el paciente debe ser tratado por un equipo multidisciplinario, nuestra labor es orientar y derivar con el especialista correspondiente al problema detectado, no dejando de lado nuestra participación como apoyo en las terapias.

Los pacientes pediátricos siempre cuentan con un agente de autocuidado, que en su mayoría, son los padres o algún otro miembro de la familia, debido es esto la enfermedad no solonimpacta al paciente. Quesada, Justicia y Romero⁶, nos dicen que la enfermedad, sobre todo cuando es crónica, altera en gran medida tanto la vida del paciente, como la de todas las personas de su entorno, suponiendo la necesidad de adaptabilidad a la misma por parte de éstas. Hacer frente al padecimiento de un ser querido supone todo un desafío y desorganización en el contexto familiar, dando lugar a una situación mucho más vulnerable y dolorosa cuando se trata de la enfermedad de un hijo y acentuando posibles problemas ya existentes. Con la hospitalización, se desencadena un sinfín de estímulos estresantes e incluso amenazantes de la propia integridad física del niño a los que habrá de adaptarse. Dicha adaptación a la enfermedad va a depender, primordialmente, de los siguientes factores: la enfermedad en sí misma, las características del niño y los factores ambientales.

La orientación especializada a la familia ayuda a afrontar la enfermedad de manera eficaz, los mecanismos de defensa empleados ayudan a identificar ámbitos de intervención. Se debe realizar un análisis del impacto de la enfermedad como conjunto y derivarlos con un especialista, que identifique las fortalezas y debilidades como familia, para orientarlos y que tengan un mejor control de las vicitudes de la enfermedad del niño en sus diferentes etapas.

La búsqueda de artículos y lectura crítica contribuyó, en primera instancia, a conocer de manera profunda y detallada acerca del Síndrome de Prune Belly, gracias a ello pudimos detectar los déficit de autocuidado presentes en el paciente, al mismo tiempo, se proporcionó orientación al cuidador primario acerca de los conocimientos deficientes que ponían en riesgo al paciente, así como alternativas terapéuticas que podrían mejorar su calidad de vida.

5. Marco conceptual.

5.1. Conceptualización de Enfermería.

La enfermería es un arte y una ciencia. El profesional de enfermería debe aprender a prestar cuidados con arte, compasión, afecto y respeto por la dignidad y la individualidad de cada paciente. Como ciencia la práctica enfermera está basada en un cuerpo de conocimiento que está continuamente cambiando por medio de nuevos descubrimientos e innovaciones. Cuando se integran la ciencia y el arte de la enfermería en la práctica, la calidad de los cuidados está en un nivel de excelencia que beneficia a los pacientes y sus familias⁷.

Florence Nightingale definió la Enfermería como “cuidar y ayudar al paciente que sufre alguna enfermedad a vivir; lo mismo que la Enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad”⁸.

En 1960 Virginia Henderson definió Enfermería como “la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna), y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento”.

La American Nurses Association (ANA) define la enfermería como la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades; la prevención de la enfermedad y de la lesión; el alivio del sufrimiento por medio del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana; y la defensa en el cuidado de personas, familias, comunidades y poblaciones.

El International Council of Nurses (ICN, 2010) tiene otra definición: La Enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.

5.2. Paradigmas.

El paradigma de cualquier disciplina es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican a un fenómeno relevante para dicha disciplina. Dicho de otra manera un paradigma se entiende como un entero repertorio de creencias, opiniones, valores, derechos, principios, teorías, metodologías, y formas de aplicación e instrumentación, este puede ser desechado o aceptado.

El paradigma en enfermería es una visión del mundo o lente cognitivo a través del cual se contemplan las perspectivas científicas de este gremio, las cuales se desarrollan a través de la investigación a fin de resolver los problemas de la disciplina, y que este es aceptado por la comunidad de expertos de esta disciplina⁹.

La ciencia de enfermería se caracteriza por dos paradigmas predominantes que se clasifican ampliamente como el empirista y el interpretativo, los cuales representan visiones del desarrollo del conocimiento y de las realidades fundamentalmente opuestas.

A continuación se describen las corrientes pedagógicas que han influido en cada una de las etapas y la visión paradigmática de enfermería.

Paradigma de Categorización.

Durante esta etapa uno de los aspectos históricos más sobresalientes fue la Guerra de Crimea en Inglaterra y el personaje relevante fue Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares, acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas. Por lo que la enseñanza se impartía en momentos de coyuntura: calamidades, epidemias, conflictos militares y campañas sanitarias.

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

Aplicado al ámbito de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión

enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Paradigma de Integración.

El paradigma de la integración requiere enfoques de investigación que tienen en cuenta las relaciones que implican numerosos factores unidos a la persona y a su entorno¹⁰. El paradigma de la integración prolonga al de la categorización reconociendo elementos y manifestaciones de un fenómeno, integrando el contexto específico en el que se sitúa.

En este periodo se vinculan dos fenómenos sociales importantes: el primero una crisis económica y la segunda guerra mundial, donde la humanidad tiene grandes cambios y retos por resolver. Durante esta etapa sucede un cambio enfocado fundamentalmente a dos hechos: al cambio curricular y la situación administrativa de los servicios de enfermería, por lo que el foco central de enfermería estuvo dirigido al desarrollo de los roles funcionales: la educación y la administración. Para enfermería fue el comienzo de la maduración, ya que enfermería se introdujo en el mundo de la ciencia y la academia, muchas escuelas de enfermería se ubicaron en las universidades y dieron inicio a la transformación curricular real. Se disminuyó en gran parte la enseñanza de enfermería por parte de otros profesionales.

Paradigma de Transformación.

En cuanto al paradigma de la transformación, las investigaciones que se sugieren privilegian el significado, para la persona. Según este paradigma, el ser humano es diferente de la suma de sus partes; es una entidad caracterizada por los *patterns* y los cambios mutuos con el entorno. Las investigaciones se realizan en un sistema abierto con las menos presuposiciones posibles, ofreciendo así una perspectiva libre de relaciones de causa y efecto, como comprensión de la realidad.

El conocimiento intuitivo, como la inferencia cognitiva, la intuición gestaltista y la función precognitiva, se apoya en los elementos no cuantificables de la relación enfermera-paciente.

El paradigma de la transformación cumple cinco funciones, 1) proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis, 2) reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e

introducirse en ellos de forma explícita, 3) aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas, 4) promueve el análisis más de la descripción de detalles completos, y 5) permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis¹¹.

Con lo anterior se reafirma que los cuidados no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, más bien están basados en un conocimiento científico, que permite la indagación en escenarios naturales de manera lógica y con mayor calidad en el cuidado y proceso salud-enfermedad con un desarrollo y avance profesional.

Una de las corrientes pedagógicas que ha influido en la formación del profesional de Enfermería es el constructivismo a través de la teoría cognitiva del aprendizaje de Vigostsky, ya que este autor señala que el desarrollo intelectual del individuo no puede entenderse como independiente del medio social en el que está inmersa la persona.

METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.

A finales del siglo xx, gran parte del trabajo teórico en enfermería se centraba en articular las relaciones entre cuatro grandes conceptos: persona, entorno, salud y enfermería. Dado que estos cuatro conceptos pueden superponerse casi en cualquier trabajo en enfermería, a veces se refieren colectivamente como metaparadigma de la enfermería. El término emana de dos palabras griegas: meta, que significa «con», y paradigma «pauta» o «patrón». Muchos consideran que en la enfermería se manejan los siguientes cuatro conceptos centrales.

1. Persona o paciente, el receptor de los cuidados de enfermería (incluye individuos, familias, grupos y comunidades).
2. Entorno, las circunstancias internas y externas que afectan al paciente. Incluye las personas del entorno físico, como familiares, amigos y otras personas importantes.
3. Salud, el grado de bienestar que experimenta el paciente.
4. Enfermería, los atributos, características y acciones del profesional de enfermería que presta cuidados al paciente o trabaja juntamente con él¹².

5.3. Escuelas de Enfermería.

Las diferentes escuelas ponen énfasis en diversos elementos, según las épocas en las que las concepciones se han elaborado, que en guías para la práctica, la formación, la investigación y la gestión en ciencias enfermeras. Los trabajos de las enfermeras teorizadoras permiten, cada vez más, precisar lo esencial de la disciplina enfermera.

Cada una de las escuelas la conforman teóricas que comparten en lo general una misma postura ideológica en cuanto a la enfermería como ciencia del cuidado y demás conceptos o núcleos básicos del metaparadigma¹³.

5.3.1. Escuela de las Necesidades.

En estos modelos el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados.

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela. Así la persona es percibida con necesidades jerárquicas, sean las necesidades fisiológicas y de seguridad, sean las necesidades más complejas, tales como la pertenencia y las necesidades de amor y de autoestima. Cuando las necesidades de base están satisfechas, surgen otras, de nivel más adecuado. Las principales teorizadoras de esta escuela son: **Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.**

5.3.2. Escuela de la Interacción.

Esta escuela apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como el resurgir económico y cultural en América del Norte, han favorecido el desarrollo de esta escuela. La teoría psicoanalista prevalece en esta época. Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, la fenomenología y del existencialismo. Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

Según la escuela de la interacción, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecer esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la persona debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado¹⁴.

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

5.3.3. Escuela de los Efectos deseables.

Esta escuela en la persona quiere responder a la pregunta ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Sin ignorar el qué y el cómo, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de la adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

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

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son **Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.**

5.3.4. Escuela de la Promoción de la salud.

A pesar de estar centrada sobre el qué de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál es su meta.

Según la escuela de la promoción de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Una teorizadora canadiense ha elaborado para la disciplina enfermera un modelo orientado a la promoción de la salud de la familia; se trata de **Moyra Allen**. Su modelo, conocido con el nombre “**modelo de McGill**” es considerado ya como un modelo conceptual, ya como modelo de intervención. La filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social de Bandura son las fuentes explícitas subyacentes en esta concepción.

5.3.5. Escuela del Ser humano unitario.

Se sitúa en el contexto de la orientación de la apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Desde 1970, **Martha Rogers** presenta una concepción de la disciplina enfermera que se desmarca de otras por su originalidad. Esta teórica propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados enfermeros que procede de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy.

Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado, es un campo de energía dinámico que se integra con los campos de energía del entorno. “En el cual se ve al hombre como una totalidad unificada que posee su propia integridad y que manifiesta unas características que son más que y diferentes de la suma de sus partes”. Considera a la Enfermería como una profesión que se aprende como una ciencia tanto como un arte, es una ciencia humanística dedicada a la compasión, a mantener y promover la salud, prevenir la enfermedad y asistir y rehabilitar al enfermo y al discapacitado, establece una interacción entre el entorno y el hombre, la integridad de los seres humanos y la búsqueda de un potencial máximo de salud¹⁵.

Sin embargo, **Rogers** evita el concepto holismo a causa de la mala utilización que muchos han hecho de él. Prefiere el concepto de persona unitaria e invita a las enfermeras a desarrollar la ciencia del ser humano unitario. Otras teorizadoras se han unido a esta escuela y han añadido fuentes filosóficas extraídas del existencialismo y de la fenomenología. Se trata de **Margaret Newman** y **Rosemarie Rizzo Parse**.

5.3.6. Escuela del Caring.

Durante los últimos quince o veinte años, el concepto del caring ha sido el centro de varios escritos en la disciplina enfermera. Benner y Wrubel (1989) sugieren que una práctica enfermera se basa sobre la prioridad del caring reemplaza aquella en la que el enfoque comprende la promoción, la prevención y la restauración de la salud. A su vez, Watson (1985) propone que las enfermeras creen un ideal de caring que a sea a la vez humanista y científico.

Según Benner y Wrubel (1989), el caring está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo descubrir de manera sutil los signos de mejora o deterioro de la persona. Caring también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de la vida y la cultura de las personas.

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

Esta escuela, que tiene por conceptos centrales el caring y la cultura, se sitúa también en orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Se trata de la teoría del cuidado humano (human caring), de **Jean Watson**, y de la teoría de la diversidad y de la universalidad del cuidado cultural, de **Madeleine Leininger**.

El cuidado, expuesto en forma de supuestos y factores, da cuenta de una metodología inspirada en la fenomenología como una forma de aproximación para que el cuidador profesional se convierta en instrumento terapéutico y por último, y no menos importante, una forma de entender la relación intersubjetiva, interpersonal y transpersonal situada en una esfera cósmica, donde cada acción tiene un efecto, lo que además impone una responsabilidad, entendida como una respuesta de profundo contenido ético en la relación con usuarios o clientes, y estimulando un proceso de individuación dinámico y coherente con el convivir.

.

5.4. Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem.

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930^{16,17}.

En 1957, Orem se trasladó a Washington DC, donde trabajó en el Office of Education, en el U.S. Department of Health, Education and Welfare como asesora de programas de estudio. De 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese proyecto despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería?

Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría general de autocuidado.

Fue nombrada doctora *Honoris causa* de la Universidad de Missouri en 1998. Dorothea Orem murió el viernes 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia). Tenía 92 años y había pasado un tiempo postrada en cama. La sobrevivieron su amiga de toda la vida, Walene Shields, de Savannah, y su primo Martin Conover, de Minneapolis (Minnesota).

Orem estableció: “La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria”. Como otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene funciones sociales e interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan.

La Teoría General de Autocuidado (TGA) está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías relacionadas que especifican las relaciones entre estos conceptos.

- Teoría de Autocuidado.
- Teoría del Déficit de Autocuidado.
- Teoría de los Sistemas Enfermeros.

5.4.1. La Teoría de Autocuidado.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos¹⁸.

A partir de esta de esta teoría se articulan tres conceptos:

- **Agente de cuidado:** se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.
- **Agente de autocuidado:** persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él.
- **Agente de cuidado terapéutico:** profesional de Enfermería que proporciona el cuidado.

Requisitos de autocuidado.

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entenderlos requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

Requisitos de autocuidado universales.

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

Requisitos de autocuidado de desarrollo.

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas de desarrollo. Orem identificó un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano. Estos requisitos de autocuidado del desarrollo se clasifican principalmente en dos.

Etapas específicas de desarrollo.

Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, como el ser un neonato. En tales etapas debe presentarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. La vida intrauterina y el nacimiento.
2. Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.

Orem argumenta que en cada una de las etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero que también puede haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo.

Condiciones que afectan el desarrollo humano.

El segundo grupo de requisitos de autocuidado de desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito de autocuidado del desarrollo tiene dos subtipos.

El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas.

El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular.

Las condiciones relevantes incluyen:

1. Deprivación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.
6. Cambio de posición, ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.

Esto constituye una amplia gama de eventos identificados por Orem como importantes para los procesos naturales de desarrollo de un individuo.

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud.

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente.

En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

- Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en casos de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a esta.
- Ser consiente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.

- Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
- Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos o regularlos.
- Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
- Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado de la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

Factores condicionantes básicos

Factores condicionantes básicos hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación socio-cultural.
6. Factores del sistema de cuidados de salud.
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida.
9. Disponibilidad y adecuación de recursos.
10. Factores externos del entorno.

A medida que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utilizan sus conocimientos de la ciencia enfermera para dar significado a las características de la situación, hacer juicios sobre qué puede y debe hacerse y diseñar e implementar sistemas de cuidados enfermeros.

Desde la perspectiva de la TGA, los resultados enfermeros deseados incluyen satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico del paciente y/o regular y desarrollar la actividad de autocuidado del paciente.

5.4.2. La Teoría de Déficit de Autocuidado.

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Déficit de autocuidado.

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la Enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado.

Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

5.4.3. La Teoría de Sistemas Enfermeros.

Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Sistemas enfermeros.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: Totalmente Compensatorio, Parcialmente Compensatorio y Apoyo Educativo.

Totalmente compensatorio: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente

pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Parcialmente compensatorio: Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

Apoyo educativo: Este sistema sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alentarlo. Generalmente el papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. La enfermera puede tener un papel de consultora si sólo se requiere información periódica o actualización.

5.5. Proceso Enfermero.

Es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería. El proceso de la enfermería es cíclico; es decir, sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir uno de ellos.

El uso del proceso enfermero es la base del razonamiento clínico. Según los estándares de la American Nurses Association (ANA), el proceso enfermero es un modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados, engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras y constituye la base de la toma de decisiones¹⁹.

El proceso enfermero complementa lo que hacen otros profesionales del cuidado de la salud al centrarse tanto en los problemas médicos como en el impacto que dichos problemas y sus planes de tratamiento tienen en la vida de las personas (respuestas humanas). Este enfoque holístico resulta útil para asegurar que las intervenciones se adapten a la persona, no solo a la enfermedad.

5.5.1. Valoración.

Es la primera etapa del Proceso Enfermero que determina el estado de salud e identifica los problemas reales y potenciales, es la base de todas las demás etapas del proceso enfermero.

En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de las personas y se determinan las prioridades del plan de cuidados.

Durante la fase de valoración debería reunirse tanta información pertinente del paciente como fuese posible. Este proceso de recogida de información incluye las siguientes actividades.

1. **Recogida de datos:** Reunir información sobre el paciente.
2. **Identificación de claves y elaboración de interferencias:** Identifica las claves (datos anormales) y saca algunas conclusiones iniciales sobre lo que pueden indicar los datos.
3. **Validación (verificación) de los datos:** Asegurarse de que conoce los datos que son hechos reales y los que son cuestionables.

4. **Agrupación de los datos relacionados:** Organizar los datos en grupos de información que ayudaran a identificar patrones de salud o enfermedad.
5. **Identificación de patrones/comprobación de las primeras impresiones:** Busca patrones y centra su valoración en obtener más información para entender mejor las cuestiones presentes.
6. **Notificación y registro de datos:** Anotar los datos significativos para acelerar el tratamiento, y completar la base de datos.

1. Recogida de datos.

Empieza con el primer contacto del paciente con el sistema de cuidados de salud y continúa durante la permanencia del paciente en el hospital a medida que se producen cambios y aparece nueva información hasta que se da el alta.

Fuentes para recoger datos.

Cuando se realiza una recolección de datos, se deben utilizar todas las fuentes apropiadas que sean posibles. Sin embargo, es importante recordar que el paciente debe ser considerado como la fuente básica de información. La demás información se extraerá de:

- El cuidador primario o la familia.
- La valoración tecnológica (monitores).
- Los registros médicos.
- Registros de enfermería.
- Otros profesionales de la salud que hayan trabajado con el paciente.
- Registro de los estudios diagnósticos.
- Bibliografía relevante.

Recopilación de datos.

La recogida general de datos habitualmente se lleva a cabo en tres fases:

Primero se reúne la información antes de ver realmente al paciente. Para mantener la mente abierta, muchos profesionales prefieren saber solo el nombre, edad y sexo del paciente, antes de reunirse con él, otros creen que es útil leer la historia del paciente antes de verle, dependiendo de la situación.

En segundo lugar se realiza una valoración de enfermería entrevistando, examinando y observando al paciente.

Finalmente se revisan las fuentes utilizadas y se determina si hay otras que pueden ofrecer información adicional. Si se ha omitido una fuente pertinente, debería dedicarse el tiempo suficiente a localizarla y reunir más datos para cerciorarse de que los datos son exhaustivos.

Tipos de valoraciones de enfermería.

La recolección completa de datos incluye tres tipos de valoración de enfermería:

- ✓ *Valoración de los datos básicos:* Realizada durante de la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de su desarrollo de salud. Esta información (llamada base de datos de referencia) nos dice como está el paciente hoy, antes de iniciar una intervención, y cuáles serán las bases para la identificación de las capacidades y problemas.

El empleo de un impreso de registro para la recogida de datos de acuerdo a un modelo de enfermería es muy importante. Esto se debe a que la organización de los datos básicos mediante un modelo médico ayudará solo a recoger información sólo sobre problemas médicos. Sin un enfoque holístico de enfermería, es probable que omita información importante sobre el funcionamiento de la persona como ser humano biopsicosocial. Son este tipo de datos, los que serán cruciales a considerar más tarde, cuando se identifiquen los diagnósticos de enfermería.

- ✓ *Valoración prioritaria:* Es una valoración breve, focalizada y prioritaria que se realiza para obtener la información más importante que se necesita tener primero.

Saber cómo hacer una valoración prioritaria es importante por dos razones:1) Estas valoraciones señalan los problemas y riesgos existentes y 2) la información que se obtiene a menudo afecta a todos los aspectos de los cuidados, incluyendo como proceder con su valoración.

- ✓ *Valoración focalizada:* Realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

Se utiliza con el fin de determinar el estado de un problema real o potencial. La valoración focalizada es el principal método para valoración continuada. Es decir, se ha identificado un problema real o potencial y ahora se tendrán que realizar valoraciones periódicas para monitorizar su estado.

La entrevista y la valoración física.

La entrevista enfermera y la valoración física se complementan y clarifican entre sí. Por lo general, en la mayor parte de la entrevista se conversa con el cuidador primario, de quien se obtienen información como: nombre, edad, dirección, padecimiento actual y motivo de la consulta, alergias, vacunas, hábitos higiénicos, hábitos alimenticios, presencia de alteraciones de eliminación, descanso, hábitos para conciliar el sueño, juegos preferidos, ejercicio, información de datos escolares, problemas de salud presentados con anterioridad y medidas de salud empleadas. Es muy importante respetar los aspectos culturales o creencias que la familia tenga sobre salud, ya que esto ayudara a mantener un ambiente de confianza²⁰.

Entrevista.

Una entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento. La entrevista es un proceso que la enfermera emplea en la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Durante la fase de valoración, sin embargo, el propósito principal de la entrevista es la recogida de datos.

Hay dos sistemas de entrevista: el dirigido y el no dirigido. La entrevista dirigida está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos al principio haciendo preguntas cerradas que buscan un número específico de datos en un periodo limitado de tiempo.

En cambio, durante la entrevista no dirigida, la enfermera permite que el paciente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la charla. La enfermera incita a la conversación haciendo preguntas abiertas. Las enfermeras utilizan la entrevista no dirigida para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento.

A menudo es conveniente emplear conjuntamente los métodos dirigido y no dirigido en una entrevista para reunir la información, pues su finalidad es recoger los datos y empezar a establecer una relación de compenetración.

El interrogatorio suministra información acerca de la salud física del niño desde el nacimiento, detalla los acontecimientos del problema presente e incluye los hechos sociales familiares que son esenciales para proporcionar un cuidado comprensivo.

Guías específicas para la comunicación con niños²¹.

- ✓ Dar tiempo para permitir que los niños se sientan cómodos.
- ✓ Evitar avances rápidos o repentinos, sonrisas amplias, largo contacto visual, u otros gestos que puedan interpretarse como amenazas.
- ✓ Hablar con los padres si el niño es tímido al principio.
- ✓ Antes de iniciar las preguntas a un niño pequeño, comunicarse a través de objetos como muñecos, títeres o peluches.
- ✓ Dar a los pacientes en edad escolar y adolescentes la oportunidad de hablar sin que los padres estén presentes.
- ✓ Asumir una posición en la cual se esté al nivel de los ojos del niño.
- ✓ Hablar en forma calmada, no apresurada y dar confianza.
- ✓ Hablar claro, ser específico, utilizar palabras simples y oraciones cortas.
- ✓ Dar instrucciones o sugerencias en forma positiva.
- ✓ Ser honesto con el niño.
- ✓ Permitir al niño expresar sus preocupaciones y miedos.
- ✓ Utilizar diversas técnicas de comunicación.

Clases de preguntas en la entrevista.

Aunque hay muchas formas de clasificar las preguntas en este caso son más utilizadas las preguntas abiertas o cerradas y preguntas neutras o inductoras. Las preguntas cerradas, usadas en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente sólo requieren respuestas cortas para obtener datos específicos. A una persona nerviosa o que tenga dificultades para conversar les será más fácil responder las preguntas cerradas que las abiertas.

Las preguntas abiertas, propias de la entrevista no dirigida, son las que invitan al paciente a descubrir y a profundizar en sus ideas y sentimientos. Dan al paciente la libertad de hablar de lo que desee. La pregunta abierta es amplia, alude

solamente el tema a tratar, e invita a responder con más de una o dos palabras. Estas preguntas permiten al paciente comentar solo los hechos que desea revelar. La pregunta abierta es útil al principio de una entrevista o sirve para cambiar el tema.

Una pregunta neutra es una pregunta que el paciente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta. En cambio una pregunta inductora orienta la respuesta del paciente. El enunciado de la pregunta sugiere la respuesta que se va a dar.

La planificación de la entrevista y el contexto.

Antes de iniciar una entrevista la enfermera revisa la información que tiene a su alcance, también revisa el formulario de recogida de datos para asegurarse que la información debe obtenerse porque es realmente necesaria y tendrá alguna finalidad relacionada con las necesidades del paciente.

- **Tiempo:** La enfermera debe programar la entrevista de los pacientes hospitalizados cuando los pacientes están bien físicamente y no tienen algún tipo de malestar, sabiendo que o habrá interrupciones o que estas serán mínimas, el paciente debe sentirse cómodo.
- **Lugar:** 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 puedan oír ni ver al paciente. La mayoría de las personas se inhiben si han de responder preguntas personales o tienen que expresar sentimientos profundos cuando otros les ven o les oyen.
- **Disposición de los asientos:** Situar las sillas en ángulo recto junto a un escritorio o una mesa, se crea una atmósfera menos formal y la enfermera y el paciente tienden a sentirse en igualdad de condiciones. Al entrevistar a un paciente encamado, la enfermera puede situarse en un ángulo de 45 grados con respecto a él.
- **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 122 cm durante una entrevista.

Etapas de una entrevista.

Una entrevista tiene tres etapas principales: el comienzo o introducción, el tema o idea principal, y la finalización.

- **Comienzo:** Puede ser la parte más importante de una entrevista, porque lo se dice y se hace en ese momento marca la pauta para el resto de la entrevista. El comienzo es un proceso que consta de dos pasos: la creación de una relación de compenetración y la orientación del entrevistado.
- **El tema principal:** Al abordar el tema principal de la entrevista, el cliente transmite lo que piensa, siente, sabe y percibe en respuesta a las preguntas de la enfermera. Para desarrollar eficazmente la entrevista es preciso que la enfermera utilice técnicas de comunicación que permitan a las dos partes sentirse cómodas y servir al propósito de la entrevista.
- **La finalización:** La enfermera termina normalmente la entrevista cuando se ha obtenido la información necesaria. En algunos casos. Sin embargo, es el paciente quien la da por terminada. La conclusión de la entrevista es importante para mantener la relación de compromiso y confianza creada durante la misma para facilitar los contactos futuros.

Valoración física.

La valoración física es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación para descubrir los problemas de salud. Esta exploración se realiza a través de método clínico que incluye las siguientes etapas:

- **Inspección:** Se lleva a cabo a través del sentido de la vista; puede ser directa o instrumental por medio de un aparato como lentes de aumento, oftalmoscopio, rectoscopio o fluoroscopio. La inspección da la noción del movimiento, simetría, forma, volumen, estado de la superficie, color, situación, actitud, postura, marcha, integridad y conformación.

- **Palpación:** Es el método por el cual se utiliza el sentido del tacto, para detectar estructuras anormales en el cuerpo como crecimiento de vísceras, masas o tumoraciones anormales.
- **Percusión:** Es un método exploratorio que consiste en percutir una región determinada, el clínico puede obtener fenómenos acústicos, producir movimientos que se palpan o se observan y localizar puntos de sensibilidad dolorosa. La percusión puede ser directa golpeando la región con un dedo o varios a la vez, con la palma de la mano, con el puño cerrado o bien por medio de un instrumento percutor. Cada uno de estos mecanismos tiene una indicación específica.
- **Auscultación:** Es el método exploratorio que se lleva a efecto por medio del oído. Esta puede ser a distancia o directa con el uso de un estetoscopio.

El sistema de organización que se elija para realizar el examen físico dependerá de la edad pediátrica del paciente. Se puede realizar de manera cefalopodal, por aparatos y sistemas.

Durante la exploración física, la enfermera estudia todas las partes del cuerpo y compara los hallazgos de cada lado del cuerpo.

El equipo para la exploración física es el siguiente:

- ✓ Guantes desechables.
- ✓ Oftalmoscopio.
- ✓ Otoscopio.
- ✓ Diapasón.
- ✓ Depresor lingual de madera o plástico.
- ✓ Martillo de reflejos.
- ✓ Cinta métrica.
- ✓ Lámpara
- ✓ Esfignomanómetro.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Termómetro.
- ✓ Báscula.

Identificación de datos objetivos y subjetivos.

Cuando se reúne la información durante la valoración de enfermería, es útil separarla en dos categorías datos objetivos y datos subjetivos.

Los datos subjetivos: son los que el paciente expresa, son sentimientos y percepciones.

Los datos objetivos: son información concreta y observable, como los signos vitales, estudios de laboratorio y cambios en el aspecto físico o comportamiento.

2. Identificación de las claves y formulación de inferencias.

Los datos subjetivos y objetivos que se identifican funcionan como claves, es decir, datos que ayudan a tener una primera impresión de los patrones de salud o enfermedad.

La capacidad para identificar las claves y hacer las inferencias correctas está influenciada por las habilidades de observación, conocimiento enfermero y la experiencia clínica.

3. Validación (verificación) de los datos.

Se debe dedicar tiempo para reunir información y confirmarla, los datos nos ayudaran a asegurarnos de que son reales y completos. Esto se debe a que, a medida que se avanza en el proceso de verificación de datos, con frecuencia se obtendrá información adicional que ha sido pasada por alto.

La validación de los datos ayudará a evitar:

- ✓ Omisiones de información pertinente.
- ✓ Malas interpretaciones de situaciones.
- ✓ Precipitarse en las conclusiones o centrar la atención en una dirección equivocada.

Se debe adquirir el hábito de validar los datos que son cuestionables usando las siguientes técnicas cuando sea apropiado:

- ✓ Comprobar nuestros propios datos.
- ✓ Buscar factores temporales que puedan afectar la exactitud de los datos.

- ✓ Pedir a otra persona que recoja los mismos datos.
- ✓ Comprobar por partida doble los datos que son extremadamente anormales.
- ✓ Comprobar los datos objetivos y subjetivos.
- ✓ Clarificar las afirmaciones del paciente y familia, y verificar sus interferencias.

4. Agrupación de los datos relacionados.

Tras haber reunido y validado los datos del paciente, se estará a punto de organizarlos o estructurarlos en categorías de información que nos ayudaran a identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales. La forma en que se organicen los datos dependerá de los conocimientos, habilidades y preferencias.

Si se agrupan los datos de acuerdo a un modelo de enfermería deberemos cerciorarnos de que extraerá y agruparan los datos relacionados con las funciones de los órganos y los sistemas corporales. Una vez hecho esto, se podrán apreciar mejor los problemas relacionados con la función de los órganos y sistemas, es decir, problemas que deberían ser referidos.

La secuencia de organización de los datos deberá enfocarse y conducirse de forma metódica. El formato de la secuencia de una historia de enfermería es:

- *Información biográfica:* Fecha de nacimiento, sexo, dirección, nombre y direcciones de miembros de la familia, estado civil, preferencias y prácticas religiosas, trabajo, fuente de asistencia sanitaria y seguros.
- *Razones para solicitar asistencia sanitaria:* Objetivos de la asistencia, expectativas de los servicios y asistencia prestados.
- *Enfermedad actual o preocupación por la salud:* Aparición, síntomas, naturaleza de los síntomas (súbito o gradual), duración, factores precipitantes, medidas de alivio y pérdida o ganancia de peso.
- *Historia sanitaria pasada:* Enfermedades anteriores, durante el desarrollo, lesiones y hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, transfusiones de sangre, alergias, inmunizaciones, hábitos (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, consumo excesivo de cafeína) medicaciones prescritas y

autorecetadas, hábitos laborales, actividades de relajación y patrones de sueño, ejercicios y alimentación.

- *Historia familiar:* Estado de salud de la familia más cercana y de los parientes vivos, causas de muerte en familiares y análisis de factores de riesgo para cáncer, cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedades renales, hipertensión o trastornos mentales.
- *Historia medioambiental:* Riesgos, contaminantes y seguridad física.
- *Historia psicosocial y cultural:* lenguaje primario, grupo cultural, recursos de la comunidad, estado de ánimo, capacidad de concentración y fase del desarrollo.

5. Identificación de patrones/comprobación de las primeras impresiones.

Después de reunir los datos en grupos relacionados, comienza a obtener impresiones iniciales de los patrones del funcionamiento humano. Pero se deben comprobar estas impresiones y decidir si los patrones realmente son lo que parecen. Comprobar las primeras impresiones supone:

- ✓ Decidir lo que es relevante.
- ✓ Tomar decisiones provisionales sobre lo que sugieren los datos.
- ✓ Focalizar su valoración para lograr una información más profunda con la que entender mejor las situaciones a las que se enfrenta.

6. Notificación y registro de datos.

La enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma objetiva la enfermera no los interpreta. Para que la exactitud sea mayor, lo mejor es que la enfermera registre los datos subjetivos utilizando las propias palabras del cliente.

5.5.2. Diagnóstico.

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico acerca de las respuestas reales o potenciales del individuo, su familia o la comunidad ante los problemas de salud o los procesos de vida. Un diagnóstico de enfermería aporta la base para la selección las intervenciones de esta que permitirán alcanzar los resultados de los que es responsable el enfermero o enfermera²².

Tipos de diagnóstico:

- **Diagnóstico real:** Es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados.
- **Diagnóstico potencial:** Es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual a parecida.
- **Diagnóstico posible:** Es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales, un diagnóstico posible requiere más datos, ya sea para corroborar o para refutarlo.
- **Diagnóstico de bienestar:** Se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.

Componentes de un diagnóstico (formato PES).

Problema: Respuesta humana del paciente para los cuales se está administrado el tratamiento de enfermería.

Etiología: 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.

Signos y síntomas: Son el conjunto de datos objetivos y subjetivos que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta.

A lo largo del paso de valoración, la recolección, agrupación y validación de los datos del paciente fluyen de manera directa hacia el paso del diagnóstico en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en el cual la enfermera detecta las necesidades o problemas y elige los diagnósticos de enfermería.

La identificación de las necesidades del paciente y selección del diagnóstico de enfermería implican el uso de la experiencia e intuición de la enfermera. Existen seis pasos para la identificación de necesidades que constituyen las actividades del razonamiento diagnóstico. El resultado es una afirmación diagnóstica individual que identifica las necesidades del paciente, sugiere su causa potencial o etiología, y señala sus signos y síntomas.

1. Detección de problemas.
2. Proceso de eliminación de diagnósticos.
3. Síntesis de datos.
4. Evaluación o confirmación de la hipótesis.
5. Enumeración de las necesidades de paciente.
6. Reconsideración del listado de problemas del paciente.

La identificación de un diagnóstico de enfermería preciso requiere tiempo para analizar los datos obtenidos y validar el diagnóstico. Este proceso es crítico, porque se trata del elemento clave del proceso de enfermería.

Los diagnósticos médicos tienen un enfoque más estrecho que los diagnósticos de enfermería, ya que se basan en la patología, en tanto un diagnóstico de enfermería toma en consideración las respuestas psicológicas, sociales, espirituales y fisiológicas de la persona, familia o comunidad.

5.5.3. Planeación

Es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería en la que se toman decisiones y se resuelven problemas. Durante la misma, la enfermera consulta los datos de la evaluación y los enunciados diagnósticos para orientar al formular los objetivos y determinar las estrategias de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del cliente²³.

Tipos de planeación.

- **Planificación inicial:** Por lo general, es la enfermera que realiza la valoración de ingreso la que desarrolla el plan inicial y general de cuidados.
- **Planificación continua:** A medida que se obtienen nueva información y evalúan las respuestas del cliente en los cuidados, pueden individualizarse más el plan inicial de cuidados.
- **Planificación de alta:** El proceso de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral de salud.

El proceso de planeación comprende las siguientes actividades:

- ✓ Establecer las prioridades
- ✓ Establecer los objetivos del cliente/criterios de resultado.
- ✓ Seleccionar las estrategias de enfermería.
- ✓ Desarrollar planes de cuidado de enfermería.

El plan de cuidados registrado tiene cuatro propósitos principales:

1. Dirigir los cuidados y la documentación.
2. Promover la comunicación entre todas aquellas personas que brindan cuidados, facilitando así la continuidad de los mismos.
3. Crear un registro que se puede usar después con propósitos de evaluación, investigación y legales.
4. Proporcionar la documentación de los cuidados de salud necesarios y otros propósitos relacionados con reembolsos de los seguros.

Para cumplir los propósitos anteriores, el plan de cuidados debe tener los siguientes elementos:

- ✓ Resultados esperados.
- ✓ Problemas reales y potenciales.
- ✓ Intervenciones específicas.
- ✓ Evaluación.

Objetivos.

Determinar los objetivos ayudara a decidir la responsabilidad en la resolución de los problemas. Conseguir un objetivo es resolver el problema especificado en el diagnóstico enfermero.

Componentes de los enunciados de objetivos

- **Sujeto:** Es un sustantivo, es el paciente, cualquier parte del paciente o algún atributo del mismo.
- **Verbo:** El verbo denota una acción que el paciente debe realizar. Se emplean verbos que denotan conductas observables directamente.
- **Condiciones o puntualizaciones:** Pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del paciente. Explican el qué, el dónde, el cuándo o el cómo.
- **Criterio de resultado esperado:** Estos criterios pueden concretar el tiempo o la rapidez, la precisión, la distancia y la calidad. Para establecer un criterio de tiempo de consecución la enfermera debe preguntar ¿Cuánto tiempo? Para establecer un cierto criterio de precisión.

Las intervenciones de enfermería son todo tratamiento, basado en juicio y conocimiento clínicos, que un profesional de la enfermería realiza para conseguir los resultados pactados o aumentar la salud del paciente. Se clasifican en²⁴:

- **Intervenciones independientes:** Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades, comprenden los cuidados físicos, la evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia, el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios.
- **Intervenciones derivadas:** Son las que realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados.
- **Intervenciones interdependientes:** Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de la asistencia sanitaria.

Práctica basada en la evidencia: considera los riesgos y los beneficios.

La práctica basada en la evidencia requiere conocer la investigación que sustenta el uso de las intervenciones que se utilicen. La cuestión es que debe conocerse la solidez de la evidencia que sustenta las intervenciones.

Los resultados planeados son los que se desean obtener a partir de las acciones que se llevan a cabo para alcanzar una meta más amplia; son pasos cuantificables para el alcance de los criterios terapéuticos y de egreso que se establecieron con anterioridad. También son útiles para vigilar la práctica de enfermería, proponer estándares y documentar las contribuciones de la enfermería a los cuidados de la salud.

Debido a que los resultados deben ser cuantificables, los resúmenes de resultados necesitan:

- Ser específicos.
- Ser realistas.
- Tomar en consideración las circunstancias y deseos del paciente.
- Indicar un marco temporal definido.
- Aportar criterios de evaluación cuantificables para determinar el éxito o fracaso.

Para validar un plan de cuidados antes de implementarlo, éste debe revisarse para asegurarse que:

- Tiene como base las prácticas de enfermería aceptadas que reflejan el conocimiento de los principios científicos, los estándares de cuidados de enfermería y políticas de la institución.
- Atiende la seguridad del paciente, al cerciorarse de que los cuidados provistos no generarán daño.
- Las afirmaciones diagnósticas del paciente están respaldadas por los datos del paciente.
- Las metas y resultados son cuantificables u observables y pueden alcanzarse.

- Las intervenciones pueden beneficiar al paciente, su familia y personas cercanas de manera predecible para alcanzar los resultados identificados, y se encuentran dispuestas en una secuencia lógica.
- El plan incluye cuidados personalizados para el enfermo, al reflejar las inquietudes del mismo y de las personas cercanas, así como sus necesidades y capacidades físicas, psicosociales y culturales.

5.5.4. Ejecución.

Es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería.

PASOS

- **Realizar:** Poner en práctica las intervenciones de enfermería
- **Delegar:** Los cuidados se delegan a otro miembro del equipo de salud.
- **Registrar:** Método de anotación de datos fácticos, concisos y descriptivos para comunicar la valoración del cliente y las actividades de enfermería realizadas por y para el paciente.

Al poner en acción el plan de cuidados y proveer cuidados efectivos al paciente, la enfermera revisa los recursos para determinar las prioridades, al consultar al paciente y tomar en consideración sus deseos a lo largo del paso de la ejecución del PAE. Los cambios de las necesidades del paciente deben vigilarse de manera continua, toda vez que el cuidado del enfermo tiene lugar en un ambiente dinámico. La relevancia de la información nueva que se obtiene en cada interacción con la persona se determina con base en lo que ya se conoce. Esta información nueva obtenida se registra y comparte con otros proveedores de la atención según resulta apropiado. Durante su realización es importante la flexibilidad, para ajustarse a las circunstancias modificadas, las interrupciones y otros elementos.

5.5.5. Evaluación.

La evaluación es la última etapa del proceso enfermero. Pero al mismo tiempo, afecta a todas las demás. Es la retroalimentación del proceso enfermero.

Evaluar supone recoger datos, compararlos y elaborar/emitir un juicio o una conclusión. La evaluación ha de ser planificada y sistemática, al igual que todas las demás etapas del proceso. Todas las etapas del proceso carecerían de significado sin la evaluación: de nada serviría reunir datos sobre la situación de

salud de una persona, identificar los problemas relativos a una situación de salud, planificar y ejecutar las acciones si no se evalúa el impacto que producen en el paciente los cuidados y los cambios que se derivan de ellos.

Al evaluar, los profesionales de enfermería dinamizan y actualizan el plan de cuidados, miden la calidad de los cuidados y determinan si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, si se dan por finalizados.

PASOS

- ✓ Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizara 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.
- ✓ Obtener conclusiones sobre el estado del problema. Se documentan las revisiones de diagnósticos. Evoluciones y plan de cuidados.
- ✓ Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente

ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO.

- **Evaluación de la estructura:** Se centra en la organización del sistema de cuidados del cliente, por ejemplo. Procedimientos administrativos y financieros que dirigen la provisión de cuidados, estructura del personal, estilos de dirección disponibilidad del equipamiento e instalaciones físicas.
- **Evaluación del proceso:** Se centra en las actividades de la enfermera, es decir, el rendimiento de la persona que presenta la atención en relación a las necesidades del cliente.
- **Evaluación de resultados:** Es el resultado de salud, el bienestar y la satisfacción del cliente, o los resultados de los cuidados en términos de cambios en el cliente.

Mejora de la calidad.

Se basa en la filosofía de que mejora la calidad de los cuidados de salud es un proceso que no termina nunca, es decir, lo que hoy en día puede considerarse una calidad aceptable quizá no lo sea en un futuro, especialmente si se consideran los avances modernos, como las modalidades de diagnóstico y tratamiento, la gestión electrónica de la información y la nuevas tecnologías.

A lo largo de la evaluación del PAE, la enfermera vigila y reporta la situación de las necesidades identificadas del paciente con base en los resultados que se desarrollaron en el paso de la planeación. El proceso de evaluación incluye al paciente, sus familiares cercanos y a quienes quiera que participen en los cuidados del enfermo. Este proceso es de tipo positivo, y en él las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería se evalúan para determinar si se alcanzan los resultados deseados. Una vez que se analizan los hallazgos determina que los resultados se alcanzaron, se procede a la terminación de los servicios, y se completa la planeación del egreso. Sin embargo, si los resultados no se cumplen (de manera total o parcial), se requiere una revaloración para determinar las razones. En ese momento el PAE debe reiniciarse y modificarse el plan de cuidados para incluir los diagnósticos de enfermería, los resultados o las intervenciones recién identificados. Esta modificación, a su vez, se reevaluará en un momento apropiado.

5.6. Relación teoría General del Déficit de Autocuidado/Proceso Enfermero.

En la disciplina de enfermería se pueden identificar modelos y teorías, éstas últimas son menos abstractas que las primeras y posibilitan su aplicación a la práctica, de hecho existen las grandes teorías y las teorías de mediano rango que son las más aplicables. A pesar de la importancia de estos conocimientos teóricos, hay autores que plantean que existe una brecha entre las teorías y la práctica, esta brecha existe a pesar de que las teorías surgen de investigaciones y tienen como objetivo contribuir a la práctica.

Es un desafío avanzar en la implementación de teorías de enfermería en la práctica, pues trae beneficios a la disciplina, ya que contribuyen a diferenciarla de otras profesiones de la salud, involucra la utilización de un lenguaje profesional característico, también se manejan conceptos de persona, ambiente, salud y enfermería desde la perspectiva de la teoría que se aplica. Usar las teorías contribuye a distanciar a la enfermería del enfoque biomédico que por mucho tiempo ha privado y la ha influenciado²⁵.

Con la siguiente tabla se plantea un paralelo entre el Modelo de Orem y las etapas del proceso de enfermería.

Modelo de Dorothea Orem	Proceso de Enfermería
<p>Teoría de Autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado • Requisitos de Autocuidado 	<p>Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detectar los requisitos de autocuidados. • Evaluar situación de autocuidado.
<p>Teoría de Déficit de Autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demanda terapéutica • Agencia de Autocuidado • Déficit de Autocuidado 	<p>Continúa la valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la agencia de autocuidado • Evaluar cuál es la demanda de Autocuidado que tiene. <p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para evaluar la existencia de déficit de autocuidado. • Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnóstico de enfermería.
<p>Teoría de Sistemas de Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agencia de enfermería • Sistema de enfermería 	<p>Planificación, Ejecución de las intervenciones y Evaluaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidados detectados, plantear objetivos, según corresponda. • Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda • Valorar que las intervenciones hayan tenido algún cambio sobre el déficit de autocuidado del paciente.

Enfermería, como ciencia aplicada, debe continuar avanzando en llevar a la práctica su conocimiento teórico, para abordar la brecha que existe entre la práctica y la teoría.

5.7. Daños a la salud.

5.7.1. Síndrome de Prune Belly o Eagle-Barret.

El síndrome de Prune Belly, también llamado síndrome de la tríada, síndrome de Eagle-Barret o síndrome del abdomen en ciruela pasa, es una alteración congénita, descrita por primera vez por G. Frolich en 1839, al describir hipoplasia de la pared abdominal y alteraciones en el tracto urinario, es sin embargo en 1895 que Parker planteó que las afecciones del tracto urinario y la falta de descenso testicular se debían a la laxitud presente en la pared abdominal. En 1899 Sir William Olser le da el nombre de Prune Belly por la similitud de la piel con la fruta que lleva su nombre. En 1950 Eagle y Barret recopilaron los casos descritos de este síndrome, organizando la denominada tríada de Prune Belly donde se mencionan las afecciones presentes en la enfermedad caracterizados por agenesia de la musculatura de la pared abdominal, malformaciones urinarias y criptorquidia²⁶.

Con una incidencia de uno en 30,000 a uno en 50,000 nacidos vivos y con un predominio en el sexo masculino 20:1 o bien, donde sólo 5% son mujeres; por lo que se cree que puede estar involucrado el cromosoma X. Se calcula que 20% de todos los pacientes con esta anomalía fallecen en el periodo neonatal como consecuencia de anomalías del tracto urinario²⁷. Las malformaciones del tracto urinario son debidas a la displasia del musculo liso presente en la pelvis y los uréteres. Dependiendo del tipo y la severidad tiene 3 diferentes formas clínicas de presentación: 1) la forma oligúrica no viable con displasia renal severa; 2) displasia renal marcada, mega-uréteres, mega-vejiga, falla renal progresiva; y 3) la forma más favorable, con displasia renal moderada y distintos grados de dilatación uretral y vesical²⁸.

5.7.2. Etiopatogenia.

La causa de la embriogénesis está en discusión, postulándose tres teorías:

- Obstrucción en el tracto de salida de la vejiga por estenosis, atresia o válvulas de uretra posterior.
- Trastorno del desarrollo mesodérmico durante embriogénesis temprana entre la sexta y la décima semanas de gestación.
- Disgenesia del saco vitelino y alantoides²⁹.

El dimorfismo renal en el síndrome de Prune-Belly se debe a una combinación de defecto metanérico y del brote uretérico. Hay casos donde se asocian algunas trisomías, como la 13,14 1815 y la 21. Una teoría reciente es la persistencia del saco vitelino y la sustitución del mesénquima por somitas dorsales o lumbares³⁰.

Actualmente existen ensayos que sugieren la existencia da alguna forma de transmisión hereditaria, principalmente la recesiva ligada al cromosoma X, aunque otros patrones como el autosómico recesivo, dominante o mitocondrial también han sido propuestos. En el desarrollo de este síndrome se ha observado la prevalencia de la mutación del gen CHRM3 del cromosoma 1q43³¹.

5.7.3. Cuadro clínico.

La piel laxa y arrugada de la pared abdominal, semejante a una ciruela pasa, es una de las principales características del síndrome de Prune Belly, causada por un defecto de la musculatura abdominal. Este defecto permite la visualización del peristaltismo intestinal y facilita la palpación de las estructuras intraabdominales y retroperitoneales. Además, debido a que la musculatura abdominal participa en la realización de las maniobras de Valsalva, predispone a estreñimiento crónico y alteración del reflejo de la tos, generando evacuación inadecuada de cuerpos extraños de la vía aérea, que aumenta el riesgo de infecciones recurrentes del tracto respiratorio. La deambulación no suele afectarse, aunque puede retrasarse y los niños tienden a rodar hacia un costado y a usar los brazos para sentarse a partir del decúbito. El escaso soporte proporcionado por la pared torácica inferior produce un ensanchamiento del borde costal.

Respecto a las malformaciones urinarias, usualmente existe una vejiga agrandada a consecuencia de una obstrucción distal que produce dilatación y tortuosidad bilateral de los uréteres e hidronefrosis. La capacidad de vaciar la vejiga es variable, algunos pacientes la vacían de forma adecuada y otros presentan un residuo posmiccional significativo, lo que subraya la necesidad de efectuar evacuaciones periódicas.

El SPB se asocia con dos variaciones de megauretra. El tipo fusiforme es la deficiencia del cuerpo cavernoso y del esponjoso, y la variedad escafoidea se caracteriza por una deficiencia aislada del cuerpo esponjoso, con preservación del glande y los cuerpos cavernosos. La obstrucción transitoria de la unión entre el glande y la uretra peniana durante la vida intrauterina se propuso como causa de la megauretra.

El espectro de anomalías renales abarca desde parénquima renal normal hasta displasia. La forma de displasia renal más grave suele asociar con obstrucción vesical, en la cual no se produjo la descompresión a través de un uraco permeable. Se identifica displasia en 50% de los casos; no obstante puede tener un grado y una lateralidad variables. La infección renal, más que la obstrucción, genera el máximo riesgo para la función renal. El tercer signo, la criptorquidia, parece estar presente en todos los casos y usualmente se encuentran en el polo inferior del riñón.

Las anomalías asociadas que pueden encontrarse en el Síndrome de Prune Belly son: cardiovasculares en el 10% (conducto arterial permeable, comunicación interauricular, comunicación interventricular y la tetralogía de Fallot), gastrointestinales en 30%, músculo-esqueléticas en 50% (pie zambo, displasia de cadera, escoliosis, artrogrifosis, pie valgo, etc.), manifestaciones respiratorias en 55% (hipoplasia pulmonar y malformación adenomatoidea quística)³².

La presencia de alteraciones respiratoria ante la imposibilidad de generar una presión intraabdominal significativa puede contribuir al desarrollo de neumonía y atelectasias lobares. Las enfermedades respiratorias agudas o un procedimiento anestésico pueden producir fácilmente insuficiencia respiratoria en estos pacientes que pueden presentar bronquitis crónica subyacente secundaria a las enfermedades respiratorias recurrentes.

Las alteraciones digestivas se deben en su mayoría a una rotación incompleta del intestino medio que produce un mesenterio ancho, lo que aumenta la movilidad del intestino y culmina con su malrotación, la formación de vólvulos, atresias y estenosis. También se reportan casos de torsión esplénica asociada con la fijación anormal del mesenterio. Se informa onfalocelo, gastroquisis y malformaciones anorectales. Dada la limitada capacidad de generar presión intraabdominal, el estreñimiento es un problema persistente y provoca megacolon adquirido.

5.7.4. Clasificación.

Aunque hay autores que sugieren reconsiderar el diagnóstico si no hay criptorquidia, existe el síndrome de pseudo Prune Belly, donde los niños con flacidez de la pared abdominal sin malformaciones genitourinarias, así como las niñas, son referidos como tríada incompleta, parcial o pseudo Prune Belly. Sin embargo, para quienes la única manifestación es la flacidez de la pared abdominal, Díaz Pardo y cols. introdujeron el término pseudo-pseudo Prune Belly. Berdon clasificó el compromiso genitourinario en tres grados.

- Grado I: Anomalías urinarias severas (displasia renal). Asociada con hipoplasia pulmonar por oligohidramnios. Mortinatos o fallecerán en el periodo neonatal por insuficiencia renal o respiratoria.
- Grado II: Compromiso moderado de las vías urinarias Con o sin trastorno respiratorio asociado. Con tratamiento quirúrgico mejora la función renal, con sobrevida del 80%.
- Grado III: Las alteraciones urinarias son leves, sin afección de la función renal. La mortalidad es baja.

5.7.5. Diagnóstico.

La sospecha inicial es clínica al ver que no existe un tono abdominal y al ser palpables algunas vísceras al momento de la revisión neonatal. El ultrasonido fetal puede ser útil, pero dependerá de la gravedad del síndrome o si se trata de un pseudo Prune Belly o pseudo-pseudo Prune Belly. Después del nacimiento se deben comprobar las tres características y, de ser necesario, realizar placa de tórax donde se aprecia hipoplasia pulmonar en 10% de los casos debido al oligohidramnios, así como placa de abdomen donde se ven los testículos no descendidos, además de un uretrograma con medio de contraste para evaluar la permeabilidad de la vía urinaria, la cual se puede correlacionar por ecografía, incluso desde una etapa prenatal.

Los datos cardinales de obstrucción de uretra son:

- Dilatación de la vejiga.
- Dilatación de uretra proximal.
- Engrosamiento de la pared vesical.

Otros hallazgos asociados son: oligohidramnios y signos de descompresión espontánea del tracto urinario, como ascitis, urinoma pararenal y calcificaciones peritoneales. El ultrasonido también puede ser de utilidad. Además se deberán solicitar estudios de laboratorio que evalúen la función renal (química sanguínea, depuración de creatinina en 24 h, etc.).

5.7.6. Tratamiento.

La principal preocupación se centra en el tratamiento de los trastornos cardiacos y respiratorios. Inmediatamente se debe obtener una radiografía de tórax para excluir las malformaciones pulmonares asociadas con mayor asiduidad como neumotórax, neumomediastino e hipoplasia pulmonar que suelen ser resultado de oligohidramnios.

La evaluación inicial de la función renal y el estado de las vías urinarias es importante, pero puede verse afectada por la fisiología neonatal transicional. Aunque resulta relevante medir el nivel inicial de creatinina como valor basal.

Prevenir las infecciones urinarias resulta esencial en presencia de estasis urinarias y de una función renal basal muchas veces comprometida. Se aconseja la circuncisión en ausencia de malformaciones estructurales del pene, con el fin de reducir el riesgo de infecciones urinarias durante la lactancia. Asimismo, se recomienda la profilaxis antibiótica, en especial antes de la instrumentación de las vías urinarias e incluso antes de la cistouretrografía miccional.

Dependiendo de la gravedad, usualmente se hace vesicotomía (puede ser tipo Blocksom) y plastia de pared tipo Monfort. La cirugía en la etapa neonatal proporciona una mejor imagen corporal durante la niñez y no contraindica realizar otro evento quirúrgico en forma simultánea. En casos de pseudo Prune Belly, como es el caso del femenino que se clasifica como parcial (o incompleto), sólo se encuentran dos características: deficiencia de la musculatura de la pared abdominal y malformaciones urinarias; en el caso de un síndrome de pseudo Prune Belly sólo será necesario encargarse de la musculatura abdominal.

La laxitud de la pared puede corregirse fácilmente con fajas. En ciertos casos de agenesia se ha hecho plicatura de la pared abdominal, pero sólo con carácter estético sin esperar mejorar drenaje urinario. Si las infecciones pulmonares son repetidas, la plicatura puede justificarse para soportar una tos más efectiva y también puede facilitar la micción y defecación.

Se puede hacer orquidopexia en forma satisfactoria, pese a que algunos autores afirman que el síndrome de Prune Belly es difícil y a veces requiere dos tiempos. Muchos autores prefieren dejar los testículos en su sitio o removerlos para evitar cáncer e insertar prótesis en el escroto en la pubertad. Sin embargo, se ha reportado que la plastia abdominal, así como la reconstrucción urinaria, puede realizarse antes del control de esfínteres, evitando así las constantes infecciones y el deterioro de la función renal.

5.7.7. Pronóstico.

El pronóstico varía dependiendo de la gravedad; los pacientes en el grupo I tendrán peor pronóstico que los que están en el II o en el III, desde la muerte hasta una vida normal o casi normal. En general, está determinado por la severidad del compromiso renal y en algunos casos por la hipoplasia pulmonar. En los últimos años se ha intentado practicar una cirugía intrauterina derivativa, logrando así la descompresión de la vejiga y evitar así el desarrollo de oligohidramnios, el compromiso de la función renal y, por tanto, disminuir el compromiso pulmonar.

La hipoplasia pulmonar es causa de la muerte en 30 a 50% de pacientes con síndrome de Prune Belly. Los niños afectados son infértiles y la fertilidad de las niñas depende de las lesiones genitales, por ejemplo, útero bicorne. Estos pacientes son susceptibles a infecciones de vías urinarias recurrentes, por lo que se considera de vital importancia la monitorización de las vías urinarias con cultivos periódicos y tratamiento oportuno las infecciones. Por desgracia el riesgo de infección es continuo en los pacientes con dilatación y estasis urinaria. Hasta el 30% de los pacientes, en general los que presentan un compromiso de la función renal en la evaluación inicial, desarrollan insuficiencia renal crónica durante la infancia y la adolescencia. En estos pacientes se requiere trasplante renal para asegurar un crecimiento y desarrollo normal; es de esperar que el éxito del trasplante renal en los pacientes con SPB sea equivalente al de otros grupos de la misma edad.

5.8. Consideraciones éticas.

Dentro de las consideraciones éticas que se utilizaron para el presente estudio de caso, se tomaron en cuenta los derechos de los niños sanos y enfermos en primera instancia, porque estos son más vulnerables de sufrir cualquier tipo de violencia y abuso, el conocimiento del profesional de enfermería acerca de estos derechos garantiza la protección de las niñas y niños dentro y fuera de la unidad hospitalaria.

Los pacientes pediátricos tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia aplicando los principios bioéticos que más adelante se detallan.

5.8.1. Derechos de los niños.

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

Las Naciones Unidas aprobaron en el año de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos que, implícitamente incluía los derechos del niño, pero después se llegó al convencimiento que las necesidades de los niños y niñas debían estar especialmente enunciados; antes se había decidido que el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para los niños (UNICEF) continuara sus labores como organismo especializado y permanente para la protección de la infancia (denominándolo oficialmente Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).

La convención de los derechos de la niñez es un tratado internacional que reconoce los derechos de los niños y las niñas en 41 artículos esenciales y establece en forma de ley internacional para los estados, la obligación de garantizar a todos los niños (sin ningún tipo de discriminación) el beneficio de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; accesos a la educación y atención médica; condiciones para desarrollar plenamente su personalidad, habilidades y talentos; un ambiente propicio para crecer con felicidad, amor y

comprensión; y la información sobre la manera en que pueden alcanzar sus derechos y ser parte del proceso en una forma participativa.

La convención de los derechos de los niños define como niño o niña a toda persona menor de 18 años, a menos que las leyes de un determinado país reconozcan antes la mayoría de edad.

Los derechos del niño son un conjunto de normas jurídicas que protegen a las personas hasta determinada edad. Todos y cada uno de los derechos de la infancia son inalienables e irrenunciables, por lo que ninguna persona puede vulnerarlos o desconocerlos bajo ninguna circunstancia³³.

Los derechos de los niños que se tomaron en cuenta para el estudio de caso son los siguientes:

1. Derecho a la igualdad, sin distinción de raza, religión, idioma, nacionalidad, sexo u opinión política.
2. Derecho a tener una protección especial para el desarrollo físico, mental y social.
3. Derecho a un nombre y a una nacionalidad desde su nacimiento.
4. Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuados.
5. Derecho a la educación y tratamiento especial para aquellos que sufren alguna discapacidad mental o física.
6. Derecho a la comprensión y al amor de los padres y de la sociedad.
7. Derecho a las actividades recreativas y a una educación gratuita.
8. Derecho a estar entre los primeros en recibir ayuda en cualquier circunstancia.
9. Derecho a la protección contra cualquier forma de abandono, crueldad y explotación.
10. Derecho a ser criado con un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos y hermandad universal.

5.8.2. Derechos de los niños enfermos.

Los derechos de los niños enfermos son indispensables para darles una atención de calidad salvaguardando su integridad física y mental, es por ello que se toman en cuenta:

1. Derecho del niño a no ser hospitalizado sino en el caso de no poder recibir los cuidados necesarios, y en las mismas condiciones, en su casa o en un consultorio.
2. Derecho a estar acompañado de sus padres, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria.
3. Derecho a ser informado (en función de su edad, de su desarrollo mental y de su estado afectivo) de los diagnósticos y de las prácticas terapéuticas a las que se le somete.
4. Derecho de sus padres, o de la persona que los sustituya, a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respeto de su intimidad no se vea afectado por ello.
5. Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.
6. Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse³⁴.
7. Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión, y a que se respete su intimidad.
8. Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.

- 9.** Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando en lo posible su hospitalización entre adultos.
- 10.** Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad.
- 11.** Derecho a proseguir con su formación escolar durante el ingreso, y a beneficiarse de las enseñanzas de los profesionales de la educación y del material didáctico que las autoridades educativas pongan a su disposición.
- 12.** Derecho a disponer, durante su permanencia en el hospital, de juguetes adecuados a su edad, libros y medios audiovisuales.
- 13.** Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.
- 14.** Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita (incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia) si los padres, o la persona que los sustituya, se los niegan por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios u otras.
- 15.** Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.

5.8.3. Código de ética de enfermería.

Los códigos éticos son guías formales para una acción profesional. Un código de ética profesional, es un documento que establece en forma clara los principios morales y éticos, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional, y que debe conocer el profesional de enfermería para aplicarlo a la práctica diaria³⁵.

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

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanan las directrices que le permitirán actuar hacia el bien común, proporcionándole paz, armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad. Así resulta que la moral no es restricción, limitación o prohibición, sino más bien afirmación, elevación, expansión y planificación³⁶.

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, la salud 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 su 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.
- ✓ La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

Lo que la ética a la enfermera le solicita y más aún le exige es que dé un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio de la profesión de constante interacción con la persona, concepto clave en la definición y práctica de la enfermería.

Códigos de ética.

Uno de los primeros esfuerzos reconocidos internacionalmente para establecer normas éticas es el llamado Código de Nüremberg, creado en 1974 como respuesta a los argumentos esgrimidos por algunos acusados en el curso de los juicios celebrados en esa ciudad alemana al final de la II Guerra Mundial. En los juicios de Nüremberg se juzgó la jerarquía nazi y algunos de sus médicos debido al tratamiento inhumano que habían dado a los prisioneros en los campos de

concentración, ante lo que varios de los acusados argumentaban que los experimentos diferían poco de los llevados a cabo antes de la guerra, pues no existían leyes que los categorizaran como legales o ilegales.

Posteriormente se desarrollaron otras normas, de entre las que destaca la declaración de Helsinki, elaborada en 1964 por la *World Medical Assembly* (Asociación Médica Mundial), y que es considerada como la principal referencia mundial de investigación biomédica. Esta declaración ha sido revisada en diversas ocasiones, la última de ellas en el año 2008.

Sin embargo, los códigos éticos eran difíciles de interpretar y aplicar. Además se seguían produciendo nuevos casos de investigaciones no éticas. Por ello el congreso de EE.UU. creó en 1974 la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research* (Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual), con el objetivo de elaborar un documento que enunciara los principios éticos básicos para formular, criticar e interpretar reglas o normas específicas de aplicación práctica en la investigación clínica. Así, en 1978 esta comisión presentó el documento sobre principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación, conocidos como *Belmont Report* (Informe Belmont), que sirvió como base de los reglamentos que rigen la investigación patrocinada por el gobierno federal estadounidense y que también sirvió de modelo para muchas disciplinas³⁷.

El informe Belmont postuló tres principios éticos fundamentales, a saber: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia (el principio de no maleficencia fue añadido posteriormente por Tom Beauchamp, a partir del principio de beneficencia).

Para fines del presente estudio de caso se toman en cuenta los cuatro principios éticos más importantes:

Beneficencia y no maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe

buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social³⁸.

Justicia: La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

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

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

5.8.4. Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.

El 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 profesionales³⁹.

5.8.5 Consentimiento informado.

La necesidad de obtener el consentimiento informado, no sólo se aplica a la investigación y al trasplante de órganos en las personas, sino que incluyen todos los procedimientos médicos y de enfermería que se utilizan en el paciente. Este tema, en donde los pacientes ceden el derecho o no a su aprobación para su tratamiento, y que para tomar la decisión tiene el derecho de recibir información suficiente de aquellos que están al cuidado de su salud o enfermedad¹.

Definición de consentimiento informado: Es la facultad para aceptar o declinar la atención médica, o de participar en un proyecto de investigación. Es más que firmar un documento.

En el paciente pediátrico es una autorización formal de los padres o tutores del niño para permitir que se le realicen procedimientos o la participación en investigación.

Características: Si bien este proceso es una obligación legal y ética, debe llevarse a cabo en todos los casos. Al mismo tiempo para adquirir toda la validez requerida, impone estar documentado en papel y firmado por el paciente, el facultativo y dos testigos. El doliente será competente, esto significa estar en posesión de sus facultades mentales normales, no ser menor de edad, en este caso la responsabilidad recae en el familiar más cercano, lo mismo aplica para el discapacitado. Otra característica indispensable es tener voluntariedad, es decir aceptar cumplir con esta obligación por consentimiento propio, de ninguna manera obligado o simplemente por cumplir con exigencias del expediente. Para alcanzar los mejores resultados es imprescindible recibir información suficiente, preguntar sobre cualquier detalle no entendido. El enfermo necesita otra distintiva de parte de los profesionales de la medicina, y es recibir comprensión de sus limitaciones.

Contenido del documento: Será incluido el diagnóstico de presunción o el definitivo, asimismo la naturaleza y propósito de los procedimientos a ejecutar, ya sean para complementarlo o los empleados en la terapéutica. El afectado conocerá los riesgos y beneficios del tratamiento, al mismo tiempo el de otros disponibles y los peligros y provechos de no recibirlo. De esta manera se forja una opinión de los procedimientos que le serán aplicados. Con el fin de apreciar un panorama completo, el doliente conocerá la normatividad del hospital, al familiarizarse con estos aspectos no recibirá sorpresas desagradables contenidas en reglamentos. El médico responsable siempre será identificado para efectos de comunicación, aspectos legales, de apoyo psicológico y por líneas de mando. Al

¹ Reyes, *op. cit.*, p. 45.

mismo tiempo es imperioso conocer las molestias que le ocasionarán, incluso las complicaciones factibles y los efectos adversos.

El paciente tendrá la facultad de elegir a su médico, situación difícil en la medicina socializada. También puede pedir cambio de médico y de ser asesorado por otros facultativos. Tendrá el derecho de tener respuesta a sus preguntas.

Anuencia del paciente: Acepta o rehúsa los procedimientos diagnósticos y los tratamientos, que le originen dolor o trastorno, que reduzcan su calidad de vida o su dignidad. De existir importante riesgo ofrecer otras alternativas, de estar disponibles.

El médico no propondrá algo cuando el riesgo sea mayor al beneficio. Independiente de su aquiescencia o se niegue a participar en protocolos de investigación. Asimismo en forma separada puede o no colaborar en la educación médica. Se extiende a todas las especialidades y a cualquier persona. En niños o ancianos incapacitados es preciso un responsable. De no contar con esa persona es el médico tratante quien autorice la terapéutica o cualquiera otro en caso de urgencia. Todo será anotado en el expediente clínico. En duda el Comité de Ética del Hospital puede participar, en especial cuando el clínico tratante (quien tiene esa prerrogativa) se niegue a suministrar terapias que considere excesivas o inaguantables para la familia o el enfermo, desde los puntos de vista económico o ético⁴⁰.

Cuando se requiere: En el hospitalizado, en cualquier padecimiento, en particular en necesidad de cirugía o en control de la fertilidad. Resalta en los procedimientos invasivos y donde se juzgue posibilidad de secuelas. Lo mismo se dice de participar en protocolo de investigación.

En urgencias el consentimiento se considera aceptado, a excepción de rechazo de parte del paciente, quien además puede refutar terapias para alargar la vida en forma artificial. Los traslados a otra unidad médica exigen la autorización del afectado. En el momento actual, en el siglo XXI, se considera más importante la opinión del doliente, es decir se da prioridad a la participación del enfermo, aún cuando no sea lo más favorable para la salud. No obstante lo tradicional, es necesario vencer la tendencia de algunos dolientes que se niegan a aceptar su autonomía y se ponen en manos de los médicos, otros optan por tomar decisiones después de consultar a su cónyuge o a familiares.

Riesgos del consentimiento informado: Causar angustia, miedo o depresión por conocer su diagnóstico o pronóstico. Originar inseguridad que desemboque en cambio de médico tratante, por otra persona menos competente o quien ofrezca mejores resultados sin fundamento. Mala intención para producir miedo en

familiares o aquejado, para rehuir la responsabilidad. Dishonestidad en la información con fines económicos, para ganar experiencia, medicina defensiva o intenciones comerciales. Ejercer medicina defensiva por dar datos de alarma, con la finalidad de protegerse de demandas o quejas. Utilizar de pretexto el consentimiento para declinar la obligación de referirlo a otro facultativo.

6. Presentación del caso.

6.1. Ficha de identificación.

NOMBRE: G. C. T. Emiliano	
EDAD: 3 años 11/12	SEXO: Masculino
DIAGNÓSTICO MEDICO: Síndrome Prune Belly/ Megauréter derecho/Hipoplasia renal derecha/Reflujo Vesicouretral Bilateral.	

6.2. Motivo de ingreso.

Emiliano es un paciente preescolar con Síndrome de Prune Belly como patología de base. En junio del 2015 presentó urosepsis por klebsiella, le realizaron intervención quirúrgica de urgencia para vesicostomía y colocación de catéter doble J en el riñón izquierdo. Actualmente fue captado en el servicio de cirugía general (Octubre 2015) en su cuarto día post operatorio, donde los médicos urólogos retiran el catéter doble J, cierran vesicostomía y colocan sonda talla supra púbica.

7. Valoración de enfermería apoyada en la teoría general de Autocuidado.

7.1. Factores Básicos Condicionantes.

Edad: 3 años 11/12 la edad es un factor condicionante negativo, ya que el Síndrome de Prune Belly afecta desde el periodo embrionario y es exclusivo del paciente pediátrico⁴¹. **Condiciona.**

Sexo: El síndrome de Prune Belly, es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación de 18:1⁴². **Condiciona.**

Estado de desarrollo: La causa de la embriogénesis para el síndrome de Prune Belly está en discusión, postulándose tres teorías: 1) Obstrucción en el tracto de salida de la vejiga por estenosis, atresia o válvulas de uretra posterior, 2) trastorno del desarrollo mesodérmico durante embriogénesis temprana entre la sexta y la décima semanas de gestación y 3) disgenesia del saco vitelino y alantoides⁴³. **Condiciona.**

Estado de salud: El paciente fue diagnosticado con atresia intestinal tipo III A durante el periodo intrauterino, sin embargo, el Síndrome de Prune Belly fue diagnosticado como tal en la etapa neonatal. **Condiciona.**

Orientación socio-cultural: Proviene de una familia católica, apegada a sus tradiciones, los miembros de la familia y específicamente la madre no tiene conductas sociales inadecuadas (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción etc.). La madre del paciente ya había tenido un producto con malformaciones congénitas (hija con gastroquisis), le realizaron un estudio molecular en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" el cual no recogió (por desconocimiento de la importancia de este estudio). El segundo embarazo (paciente de estudio de caso) el producto nuevamente presenta malformaciones congénitas, detectadas desde el primer trimestre de gestación, sin embargo, la madre del paciente decidió continuar con el embarazo, no obstante, el padre del paciente no fue sometido al examen genético debido a que hubo separación de los padres. **Condiciona.**

Factores del sistema de cuidados de salud: Buscó ayuda de tercer nivel desde el embarazo INPer (Instituto Nacional de Perinatología), posteriormente lo derivaron al INP para su seguimiento. **No condiciona.**

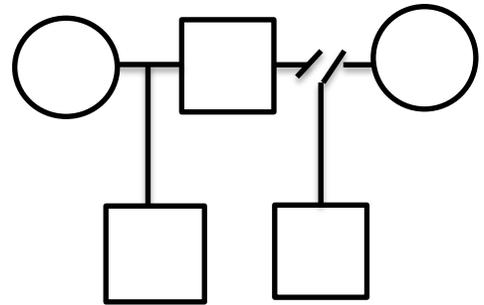
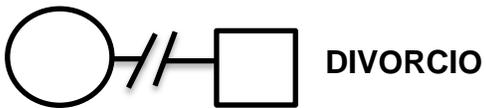
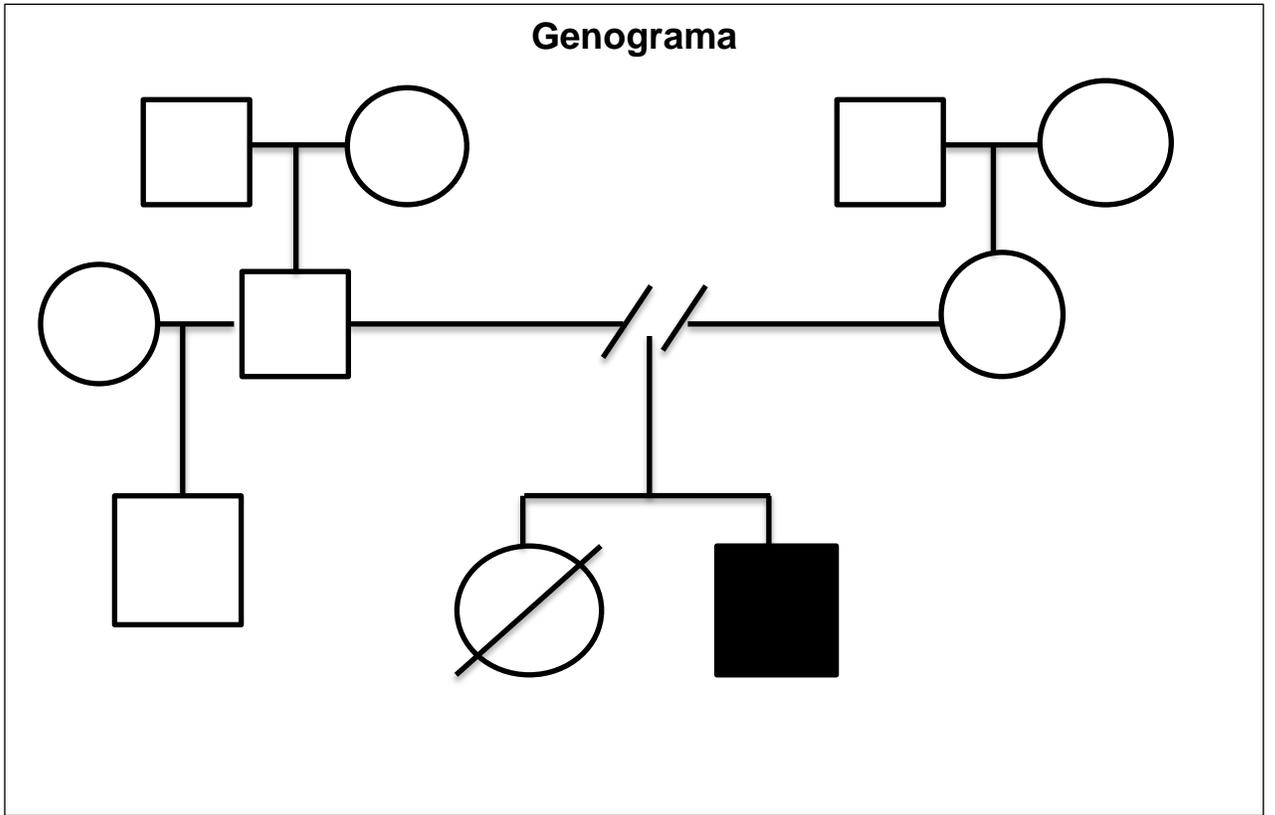
Factores del sistema familiar: Interrelación de todos los miembros, apoyo por parte de los abuelos maternos y el tío materno, en lo que respecta a la rama paterna, no hay ningún tipo de contacto con el padre o con algún miembro de su familia. **No condiciona.**

Patrón de vida: El paciente cumple diariamente con una rutina, donde todos los días se levanta a las 7 de la mañana, lo visten y alimentan para después llevarlo al jardín de niños, refiere la madre que a pesar de su limitación auditiva y de lenguaje, sus compañeros lo perciben como líder y todo el tiempo están detrás de él. En casa, interactúa con todos los miembros, hay que destacar que el paciente no come solo debido a que todos los miembros de la familia no se lo permiten y le dan de comer en la boca con la excusa de que “está enfermo”, ayuda a asearse aunque no lo hace por sí solo, no presenta trastornos del sueño, antes de dormir se pone la pijama y realiza oraciones. **No condiciona.**

Factores ambientales: La zona donde viven es muy fría, podría ser el factor predisponente para los cuadros repetidos de infecciones del tracto respiratorio, sin embargo no es un factor predisponente para padecer Prune Belly. **No condiciona.**

Disponibilidad y adecuación de los recursos: La familia del paciente por parte de la rama materna, está dispuesta a hacer todo lo necesario y trabajar arduamente para tener los insumos y medicamentos necesarios para preservar su estado de salud , además de apoyar al cuidador primario durante su estancia hospitalaria. Por tanto este requisito no se encuentra afectado. **No condiciona.**

Genograma



MEDIOS HERMANOS

SÍMBOLOGIA

7.2. Exploración física.

Aspecto general: Activo y reactivo, irritable, diaforético, palidez tegumentaria generalizada, pecho en quilla, abdomen en forma de ciruela pasa, herida quirúrgica supra púbica afrontada en proceso de cicatrización, sonda talla vesical a derivación, catéter venoso periférico en miembro torácico derecho.

Piel: Tez clara, palidez tegumentaria +, hidratado, con temperatura uniforme, diaforético, caliente al tacto y piel abdominal laxa.

Cabeza: Normocéflica, presencia de cicatriz en región occipital izquierda con alopecia en la zona de lesión, cabello brillante, sedoso, fuerte y abundante con adecuada implantación. La cara en relación con la cabeza se nota ligeramente más pequeña.

Ojos: Pupilas isocóricas, normorreflécticas iris color miel, escleróticas blancas. *Estructuras accesorias:* ambos párpados se encuentra de color rosado y brillante, pestañas y cejas bien implantadas, lagrimales sin alteración.

Nariz y senos paranasales: Nariz simétrica y centrada a la cara, ambas narinas tienen el mismo tamaño, mucosa nasal firme y rosada, no se observa obstrucción ni secreciones, se palpan senos paranasales, sin dolor e inflamación.

Boca: Labios rosados hidratados, las mucosas rosadas, lisas y húmedas, arcada dental completa acorde a su edad sin evidencia de caries, encías rosadas. Úvula centralizada, lengua lisa y rosada, las amígdalas no se observan hipertróficas.

Oídos: Pabellones auriculares con implantación ligeramente baja, sin malformaciones, conducto auditivo con presencia de cerumen en poca cantidad amarillento. Poca respuesta al estímulo auditivo de baja intensidad.

Cuello: Cuello cilíndrico y alargado, se palpa la tráquea centralizada, se palpa el pulso carotideo con adecuada frecuencia, ritmo e intensidad, no se palpa crecimiento anormal de los ganglios linfáticos.

Tórax

Inspección: Tórax en quilla, tetillas sin alteraciones, color rosado, pequeñas, con movimientos respiratorios normales.

Palpación: Movimiento simétrico a la inspiración y expiración, costillas sin alteraciones.

Percusión: Sonido resonante en los pulmones y mate en el área cardiaca y hepática. En el área cardiaca no se lleva a cabo porque es de poca utilidad para definir los bordes y el tamaño del corazón.

Auscultación: No se auscultan sonidos respiratorios adventicios anormales. Ruidos cardiacos con adecuada intensidad, frecuencia y ritmo.

Abdomen

Inspección: Abdomen globoso con aspecto de ciruela pasa, presenta múltiples cicatrices queloides, no se visualiza cicatriz umbilical.

Palpación: Se palpa abdomen con tensión abdominal (distensión vesical), doloroso a la palpación, identificación inmediata de estructuras internas debido a agenesia de musculatura abdominal, colon descendente con palpación de masa dura.

Percusión: No se percute por presencia de dolor.

Auscultación: Se auscultan ruidos peristálticos producidos aproximadamente un ruido cada 20 segundos.

Genitales: Se observa sonda talla y cicatriz en región suprapúbica con bordes afrontados. Pene con prepucio retráctil, testículos descendidos en las bolsas escrotales.

Ano: Contracción rápida del esfínter al estímulo, glúteos firmes y simétricos, ligera escoriación.

Espalda y extremidades: En el momento de la exploración física el paciente se torna más irritable, no copepa y no deambula por lo que no fue posible realizar la valoración de la marcha, la columna a simple vista no se observa con deformidades, habría que volver a realizar la valoración de la marcha y la columna vertebral más adelante. En cuanto a las extremidades se encuentran simétricas e integra con adecuada fuerza muscular. Los reflejos osteotendinosos y cutáneos no se encuentran alterados. Presenta pie plano.

7.3. Valoración de Requisitos Universales.

7.3.1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

TABLA 1. SIGNOS VITALES

	Lu-26	Ma-27	Mi-28	Ju-29	Vi-30
Saturación	94%	94%	93%	95%	97%
Frecuencia cardiaca	128 140	104 110	90 99	96 120	94 101
Frecuencia respiratoria	38 40	28 32	20 28	24 36	22 28
Presión Arterial	90/64	90/62	92/60	90/53	100/70
Temperatura °C	38 39.5	37.8 38	36.7 37.5	36.4 38	37 37.3

Valores de referencia de signos vitales (Edad pediátrica: preescolar)

Saturación	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Presión Arterial	Temperatura
95-100%	80-100 lpm	20-30 rpm	De 2-10 años Sistólica: añosx2+80. Diastólica: mitad de lo calculado en la sistólica+10	36.5-37.5°C.

Paciente activo y reactivo a estímulos externos irritable al manejo, según la escala de nivel de conciencia (**Anexo 1**), se encuentra en conciencia plena. No presenta datos de dificultad respiratoria obteniendo un puntaje en la escala de Silverman de 0/10 (**Anexo 2**), presenta alteración en los signos vitales manifestando taquicardia y taquipnea secundarios a fiebre de foco urinario (**Tabla 1**), la saturación de oxígeno se encontró dentro de los parámetros normales. Campos pulmonares con murmullo vesicular, no se auscultan sonidos respiratorios adventicios, precordio con soplo holosistólico grado II, llenado capilar de 2 segundos. Existe un alto riesgo de cuadros repetidos de enfermedades respiratorias debido a la agenesia de la musculatura abdominal (ausencia de maniobras de valsalva), sin embargo, en este momento el paciente no presenta ninguna alteración en sistema respiratorio.

TABLA 2. Estudios de Laboratorio y reactivos en orina

Tira reactiva en orina	Examen General de Orina (EGO)	Urocultivo
Leucocitos +++ Proteínas ++ Ph 5 Sangre ++ Densidad Urinaria 1.020	Color paja claro Densidad urinaria 1.009 Ph 6 Leucoesterasa 500 Nitritos ++ Leucocitos 12-16 por campo Eritrocitos 100 por campo Bacterias escasas	Positivo para pseudomona

El tratamiento farmacológico utilizado para mitigar la fiebre y el proceso infeccioso que presentaba el paciente fue a base de:

- Paracetamol (10mg/kg/dosis) 190 mg IV cada 8 horas.
- Metamizol (10mg/kg/dosis) 200 mg I. V. previa valoración médica (PVM).
- Ertapenem (15mg/kg/dosis) 300 mg I. V. cada 8 horas.

7.3.2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

El paciente se encontraba con adecuada hidratación (**Anexo 3**). Tolerando la vía oral es sus primeros días post operatorios, con ingresos parciales por vía parenteral.

- **El aporte para el mantenimiento de líquidos:** (De 11 a 20 kg: 1000 ml+ 50 ml/kg/24 hrs⁴⁴) es de 1450 ml en 24 horas, con aporte de 60.4 ml por hora.
- **Mantenimiento de líquidos calculado en el servicio de cirugía general:** Solución base SG5% 500+NaCl 17.7% 5ml+KCL 10 Meq pasando 47 ml por hora, a pesar de estar tolerando la vía oral se dejaron los anteriores requerimientos hídricos con el fin de forzar la diuresis y favorecer el paso de la orina por el pene.

Líquidos por vía oral a libre demanda.

No se observan datos de sobrecarga hídrica pese al cálculo de soluciones a requerimientos altos.

7.3.4. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:

Tabla 3. Mediciones antropométricas.

		Percentil
Peso	19 kg	90
Talla	105 cm	75
IMC	17	85

Una vez que el paciente tolero la vía oral, la ingesta fue aproximadamente del 80% de la dieta proporcionada en el hospital, la parte restante, no la consumía porque no era de su agrado. La madre le llevaba derivados lácteos y Gerber para complementar la dieta. Los requisitos calóricos promedio en la niñez se calcularon para la edad de Tadeo de 1330 kcal al día (5 meses a 5 años: 70 a 90 kcal/kg/día).

Valoración antropométrica.

Peso: *Peso para la edad.* Tadeo se encuentra en la percentila 90 lo que nos indica que en relación a la edad tienen un peso mayor a lo esperado, ya que rebasa la percentila 50 que se toma como peso promedio⁴⁵. **(Anexo 4)**

Talla: *Talla para la edad:* Tadeo se sitúa en la percentila 75 lo cual indica que en relación a la edad es ligeramente más alto que la media poblacional. **(Anexo 4)**

Talla blanco familiar: Se espera que a los 18 años tenga una talla de 169.7 cm.

$$\text{TBF Niños} = (\text{Talla de la madre} + 6.5) + (\text{talla del padre}) / 2$$

$$\text{TBF} = (160 + 6.5) + 173 / 2 = 169.7 \text{ cm}$$

Índice de Masa Corporal: El índice de masa corporal de Tadeo salió en la percentila 85 por arriba de la media poblacional, con la puntuación (17) se considera según la OMS con sobrepeso, por lo que es un factor de riesgo para contraer enfermedades crónicas. **(Anexo 5)**

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{talla}^2$$

$$\text{IMC} = 19 / 105^2 = 0.0017$$

Puntuación Z: Tadeo se encuentra en 0.66 S.D. lo que refleja que se encuentra dentro de los rangos permitidos y las probabilidades de que se presente una enfermedad relacionada con talla baja es casi nula.

$$\text{PZ} = \text{Talla del paciente} - \text{Talla en percentila 50 para edad y sexo} / 1 \text{ S. D.}$$

$$\text{PZ} = 105 - 102.22 = 2.78 / 4.20 = 0.66$$

Velocidad del crecimiento: No se valoró por no contar con las mediciones previas exactas, sin embargo, posteriormente se dará seguimiento para poder valorar la velocidad de crecimiento.

7.3.4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

TABLA 4. Balance hídrico de 24 horas y gasto urinario

	Lu-26	Ma-27	Mi-28	Ju-29	Vi-30
INGRESOS	1500	1450	1400	1468	1600
EGRESOS	2100	1300	1400	1200	1400
BALANCE	-600	+150	=	+268	+200
GASTO URINARIO	4.6ml/hr	2.8ml/hr	3.2ml/hr	2.8ml/hr	2.9ml/hr

Gasto Urinario normal: 1-3 ml/kg/hr

Emiliano presentaba múltiples malformaciones urinarias entre las que destacan: mega uréter derecho, hipoplasia renal derecha, mega vejiga, estenosis uretral y reflujo vesicouretral, además de agenesia de la musculatura abdominal y criptorquidia bilateral remitida al cumplir 1 año 5/12, tríada característica del Síndrome de Prune Belly. No controla esfínteres debido a las malformaciones y correcciones quirúrgicas de las mismas. Se encuentra en su cuarto día post operatorio de cierre de vesicostomía y colocación de sonda talla supra púlica, por indicación médica, la sonda está cerrada desde el día anterior.

Presenta distensión vesical importante, presenta expresión facial álgida, irritabilidad, posición antiálgica, diaforesis y dolor de 8/10 valorado con la escala del dolor FLACC (**Anexo 6**) y alteración de los signos vitales (**Tabla 1**).

El balance hídrico de 24 horas, muestra un gasto urinario elevado (4.6 ml/hr [**Tabla 4**]), sin embargo, haciendo un análisis del mismo, nos percatamos que se alteró el gasto urinario por la de retención aguda de orina y no por de sobrecarga hídrica.

En lo que concierne a la evacuación intestinal, el paciente presenta estreñimiento crónico de tipo orgánico, debido a la agenesia de la musculatura abdominal. Tiene como tratamiento farmacológico:

- Lactulax 10 ml cada 8 horas PVM (Dosis 1-2-cc/kg/dosis).

Presenta distensión abdominal (60cm), disminución de los ruidos intestinales (5-10/minuto) y dificultad para evacuar las heces. Se palpa masa dura (aparente fecaloma) en colon descendente, con evacuaciones Tipo 1 (pedazos duros separados, como nueces difíciles de excretar) en la escala de heces de Bristol (**Anexo7**). Se toma placa simple de rayos X de pie, la cual corrobora fecaloma.

7.3.5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

El paciente se muestra ansioso durante su estancia intrahospitalaria, le gusta ver películas y caricaturas, no tiene problemas para conciliar el sueño. Deambula con apoyo de la madre y en ocasiones acude a la sala Lúdica.

El paciente presenta pie plano, por lo que utiliza calzado ortopédico virones internos y SALI para corregir su problema. Se valoró la fuerza muscular mediante la escala de Daniels (**Anexo 8**) obteniendo una puntuación de 5/5, indicativo de fuerza muscular conservada.

7.3.6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

El paciente presenta hipoacusia severa (audición del 30%) para tonos altos en forma bilateral, diagnóstico confirmado por medio de potenciales evocados auditivos de tallo cerebral. A pesar del problema auditivo y de lenguaje (uso de aproximadamente 20 palabras, no junta palabras, la mayor parte de la comunicación es por medio de señas y sonidos), la madre refiere que el paciente no tiene problemas para comunicarse, está en espera de que audiología determine el tipo de aparato auditivo que utilizara.

Inicialmente había dificultades para interactuar con el personal de salud e inclusive se percibía temeroso, posteriormente la interacción fue más fluida con todo el personal multidisciplinario.

7.3.7. Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano.

Se aplicó la escala de Downton Modificada para valorar el riesgo de caídas con un puntaje de 7 que indica un riesgo alto (**Anexo 9**). Para valorar el riesgo de úlceras por presión se aplicó la escala de Braden, obteniendo una puntuación de 20 que indica riesgo bajo (**Anexo 10**). Presenta cartilla de vacunación con esquema de vacunación completo.

El cuidador primario debido al desconocimiento de signos y síntomas de alarma, no logro identificar los indicios de retención aguda de orina, al mismo tiempo,

desconoce el manejo adecuado de dispositivos urinarios. Debido a las causas anteriores entre otros factores, el paciente presentó Infección de Vías Urinarias (IVU) manifestándose mediante alteración de los signos vitales, **(Tabla 1)**, alteraciones de los estudios de laboratorio **(Tabla 2)** y alteración en el confort físico.

El paciente presentaba dolor por el proceso de retención aguda de orina por lo que era prioritario erradicar el dolor para evitar complicaciones como estado de choque por dolor.

En cuanto al riesgo de traumatismos, el cuidador primario trata de proporcionar un entorno seguro al paciente, sin embargo, el hecho de no contar con una estructura muscular abdominal aumenta el riesgo de que un golpe producido sin intención, pueda dañar las estructuras internas contenidas en el abdomen.

7.3.8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el desarrollo humano de ser normal.

Se cuenta con el apoyo del núcleo familiar materno para sobrellevar la enfermedad del paciente, al mismo tiempo, los cuidadores primarios suelen compartir experiencias con otros familiares de la sala donde están internado el paciente. Enfermería ocupa un papel importante en la escucha activa, apoya en la aclaración de dudas acerca del régimen terapéutico o de la patología y los cuidados en el hospital y en casa específicos para el paciente.

Existe apertura e interés por parte del cuidador primario, se muestra dispuesto a aprender los cuidados específicos del paciente según los requisitos que se encontraron alterados, de igual manera, se muestra dispuesto a cambiar estilos de vida desfavorables para el paciente y la misma familia.

7.4. Valoración de Requisitos de Desarrollo.

- Etapas de desarrollo de la infancia incluyendo adolescencia y la entrada en la edad adulta.

En la siguiente tabla se muestra la edad en la que el paciente logro cada una de las actividades de desarrollo:

DESARROLLO	EDAD
Fija la mirada.	2 meses
Sigue objetos con la mirada.	3 meses
Sonrisa social.	3 meses
Sostén cefálico.	4 meses
Sedestación sin apoyo.	6 meses
Bipedestación con apoyo.	1 año 2 meses
Bipedestación sin apoyo.	1 año 6 meses
Pinza gruesa.	7 meses
Pinza fina.	-----
Baluceo.	4 meses
Monosílabos.	8 meses

VALORACIÓN DEL DESARROLLO ESCALA DENVER II

Para valorar el desarrollo del paciente fue utilizada de Escala de Denver II (**Anexo 12**), esta escala valora la actividad motora gruesa, lenguaje, movimientos finos, adaptación y desarrollo personal-social en niños de 1 mes a 6 años de edad. Es importante destacar a la madre que no es una prueba de inteligencia, sino un método sistemático para valorar el desarrollo actual del niño.

La calificación obtenida de la prueba de Denver fue la siguiente:

Adecuado: quiere decir que aprobó la mayoría de los ítems y en algunos no tuvo la habilidad para realizar la actividad sugerida.

La interpretación de la prueba es:

Sospechoso: El paciente hubo algunas deficiencias durante la prueba y se tiene que mantener en vigilancia al realizar con estas actividades.

Cuando la prueba sale sospechosa se deben repetir los exámenes de detección en una o dos semanas para descartar factores transitorios. Si en la nueva prueba se considera sospechoso e incapaz de realizar la prueba, se emplea el juicio clínico en base en los siguientes aspectos:

- ✓ Numero de precauciones y retrasos.
- ✓ Cuáles son los reactivos que hacen surgir las precauciones y retrasos.
- ✓ Tasa de desarrollo en el pasado.
- ✓ Datos de anamnesis y exploración física.
- ✓ Disponibilidad de envío al sitio adecuado.

Valoración del lenguaje y del habla

Hay que tomar en cuenta que los niños a los 4 años:

- ✓ Tienen un vocabulario de 1500 a 2 100 palabras.
- ✓ Son capaces de utilizar la mayor parte de las formas gramaticales de manera adecuada, por ejemplo verbos en pasado o con la palabra ayer.
- ✓ Utilizan oraciones completas con sustantivos, verbos, preposiciones, adjetivos, adverbios y conjunciones.
- ✓ Dominan los sonidos de la letras f y, pero pueden distorsionar los sonidos de r, l, s, z, sh, ch, e y.
- ✓ Tiene poca o ninguna omisión de consonantes iniciales o finales.
- ✓ El lenguaje es 100% inteligible, aunque algunos sonidos podrían ser imperfectos.

La escala que se utiliza para la detección de trastornos de la articulación del lenguaje es el examen Denver DASE (*Ver Anexo 11*).

La calificación total del paciente se presentó como:

ANORMAL: Tanto en la inteligibilidad como en DASE.

En este caso en el estudio inicial, se debe repetir la valoración en dos semanas y si resulta anormal una vez más, el niño debe ser derivado con un especialista para una valoración más exhaustiva del lenguaje.

NOTA: No se volvió a realizar una segunda valoración ya que el paciente presenta realmente un trastorno en el lenguaje, es atendido por el servicio de comunicación humana, acude a terapia del lenguaje a casa Meneses 2

veces por semana y se ha logrado una respuesta regular, el paciente forma frases de dos palabras hasta el momento.

7.5. Valoración de Desviación de la Salud.

Llevar a cabo medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patologías de la propia patología a una regulación del funcionamiento humano integrado a la compensación de incapacidades: El paciente requiere atención de tercer nivel para tratar el problema del sistema urinario que presenta, además del problema auditivo y del lenguaje. Es un proceso largo en el cual la familia está en toda la disposición de ayudar en los principales déficits de autocuidado, para mejora la calidad de vida del paciente y ayudar a insertar a Tadeo en el entorno social con el mínimo de complicaciones.

CRONOLOGÍA DE ENFERMEDADES INTERNAMIENTOS Y CIRUGÍAS

CIRUGÍAS/INTERNAMIENTOS/ COMPLICACIONES	INGRESO	EGRESO
INPer Nacimiento.	25-Nov-2011	
INPer Hernioplastía de cordón y vesicostomía.	30-Nov-2011	20-Dic-2011
Traslado INP	20-Dic-2011	
Cirugía primer tiempo de Fowler-Stephens	22-Mzo-2013	22-Mzo-2013
Cirugía segundo tiempo de Fowler-Stephens bilateral laparoscópico.	04-Jul-2014	06-Jul-2014
Neumonía adquirida en la comunidad.	16-Feb-2015	23-Feb-2015
Cirugía Uretroscopia + Meatoplastía + Aplicación de vantris abierta + Cierre de vesicostomía.	22-Abr-2015	26-Abr-2015
Choque séptico de foco urinario requirió ventilación mecánica por 18 días, estancia en terapia intensiva (Urosepsis por kebsiella)	03-Jun-2015	10-Jul-2015
Cirugía de emergencia para vesicostomía y colocación de catéter doble J.	03-Jun-2015	10-Jul-2015
Cirugía retiro de catéter doble J + cistoscopia + Cierre de vesicostomía + Colocación de sonda talla.	22-Oct-2015	04-Nov-2015

7.6. Jerarquización de requisitos.

REQUISITO	FECHA DE ALTERACIÓN	FECHA DE REMISIÓN
Provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.	Nacimiento	No remitido
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Nacimiento	No remitido
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Nacimiento	No remitido
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.	24/10/2015	04/11/2015
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Alterado el 25, 26 y 29 de Octubre.	
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Sin alteración	
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Sin alteración	
Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.	Sin alteración	

8. Diagnósticos de Enfermería.

8.1. Reales.

- Dolor agudo R/C Obstrucción mecánica M/P Facies de dolor, irritabilidad, llanto, diaforesis, taquicardia, posición antiálgica y distensión vesical.
- Peligro para la vida R/C Proceso infeccioso M/P Alza térmica presencia de calosfríos, piloerección, rubicundez, ataque al estado general y leucocitosis.
- Déficit en los procesos de eliminación intestinal R/C Disminución de la motilidad intestinal M/P Distensión abdominal, disminución de los ruidos intestinales, dificultad para evacuar las heces y presencia de fecalom
- Mantenimiento inefectivo de la salud R/C Conocimientos deficientes sobre el manejo de drenajes urinarios M/P Distensión vesical, Alza térmica.
- Comunicación verbal disfuncional R/C Disminución de la agudeza auditiva M/P Comunicación con señas y sonidos, dificultad para formular palabras y oraciones.

8.2. De riesgo.

- Riesgo de infección urinaria recurrente R/C Falta de conocimientos sobre el manejo de sonda talla.
- Riesgo de traumatismo abdominal R/C Peligros en el entorno.
- Riesgo de infección respiratoria recurrente R/C alteración del reflejo tusígeno y maniobras de valsalva.

8.3. De bienestar.

- Disposición para mejorar los conocimientos R/C Interés por parte del cuidador primario para aprender y participar activamente en las medidas terapéuticas específicas del paciente con alteraciones urinarias y digestivas.
- Afrontamiento familiar eficaz R/C Cambio de actitud hacia el fomento de la salud y enriquecimiento del estilo de vida, que mantiene programas de tratamiento y elige experiencias que optimizan el bienestar.

Planes de Cuidados.

<p>Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo R/C Obstrucción mecánica M/P Taquicardia y taquipnea, distensión vesical. expresión facial álgida, posición antiálgica, irritabilidad y diaforesis.</p>	
<p>Objetivo: Disminuir el dolor que presenta el paciente con el fin de eliminar las respuestas fisiológicas presentes en el paciente.</p>	
<p>Indicadores de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca. • Frecuencia respiratoria. • Presión arterial. • FLACC. • Gasto urinario 	<p>Resultados esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener: Frecuencia cardiaca en un rango de 80-100 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria en un rango de 20-30 respiraciones por minuto. Presión arterial 90/60 mmHg.en un rango de +,- 10. ✓ Disminuir de 8 a 2 puntos la escala FLACC. ✓ Mantener uresis de 1-3 ml/kg/hr.
<p>Sistemas de enfermería</p> <p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Apoyo educativo</p>	
<p>Intervenciones /Actividades de enfermería.</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>Intervención: Monitorización de las constantes vitales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medir y registrar la frecuencia cardiaca y respiratoria cada 30 minutos la primera hora, posteriormente cada hora y si se encuentran estables, realizar la medición por turno. • Medir y registrar la presión arterial seleccionando un manguito que abarque dos tercios de la circunferencia del brazo (ancho 9 cm, longitud 18 cm para edad preescolar). • Indagar sobre la causa desencadenante de la alteración de las constantes vitales. 	<p>Los métodos fisiológicos biológicos realizan la valoración de los cambios funcionales producidos en el organismo por la mediación neuroquímica producida como respuesta a la experiencia dolorosa, por ejemplo si hay variación de la frecuencia cardíaca, de la frecuencia respiratoria, o variaciones en la tensión arterial. Son útiles para cualquier edad⁴⁶.</p> <p style="text-align: center;">Evidencia 4 NICE (Instituto Nacional de salud y Excelencia Clínica).</p>

<p>Intervención: Manejo de sonda talla supra púbica.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar la permeabilidad de la sonda talla supra púbica, buscando acodamientos o acumulación excesiva de sedimento. • Mantener la bolsa de drenaje urinario por debajo del nivel de la vejiga. • Revalorar presencia de globo vesical, evitando la palpación profunda de la vejiga debido a que puede producir malestar significativo y reflejo vagal evocado por dolor. • Realizar vaciamiento vesical de forma gradual, con el fin de evitar hematuria e hipotensión. Esto se puede evitar pinzando la sonda cada 10 minutos o con cada 100 a 150 ml expulsados. • Tomar examen general de orina y urocultivo después del vaciamiento vesical completo. • Realizar balance hídrico de 24 horas. • Reportar las características de la orina por turno. <p>Intervención: Manejo del dolor.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si la causa del dolor requiere tratamiento farmacológico o puede modificarse sin analgesia. • Revalorar nuevamente la escala FLACC después de haber identificado e intervenido sobre la causa del dolor. • Proporcionar confort físico. 	<p>La retención aguda de orina constituye una urgencia urológica y cuando no se trata adecuadamente, puede conducir hacia la falla renal irreversible⁴⁷.</p> <p>La hematuria, hipotensión y diuresis post-obstructiva, son complicaciones potenciales de la descompresión rápida de la vejiga, sin embargo, no existe una evidencia de que el vaciamiento vesical gradual pueda disminuir estas complicaciones⁴⁸. Evidencia grado III. [E: Shekelle].</p> <p>En el examen general de orina se debe reconocer la esterasa leucocitaria, reducción de nitratos a nitritos, cuenta de células inflamatorias (más de 10 células) y presencia de bacterias. Se debe considerar especialmente el método de recolección de la muestra de orina, según edad y control de esfínteres, ya que los resultados puede variar en sensibilidad y especificidad según el método usado⁴⁹.</p> <p>Para poder medir el dolor con similar exactitud a la medición de la temperatura, se debe hacer uso de herramientas para evaluar el dolor de forma más objetiva. Con los métodos de escalas el niño puede transmitir diferente información sobre aspectos del dolor, como duración e intensidad del mismo, a veces sobre su localización y si la utilización es correcta sobre la respuesta obtenida si se ha aplicado algún tratamiento analgésico⁵⁰. Evidencia 4 NICE.</p>
<p>Evaluación: Logramos estabilizar la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria alteradas por el dolor, al mismo tiempo la expresión facial álgida desapareció, no persistió la flexión de miembros pélvicos, se mostraba tranquilo y en lo que concierne a la distensión vesical, esta desapareció completamente inmediatamente después del vaciamiento de la vejiga. En la revaloración de la escala FLACC se redujo la puntuación de 8 a 0. El gasto urinario, se mantuvo entre 1-3 ml/kg/hr.</p>	

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapa de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G. C.		Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio.		
Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Apoyo educativo.		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Prevenición de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano. PELIGROS PARA LA VIDA	Sexo. Estado de salud.	Proceso infeccioso de vías urinarias	Alza térmica (39.5 °C) Presencia de calosfríos, piloerección, rubicundez y ataque al estado general. Tira reactiva en orina: Leucocitos +++, Ph 5, Sangre ++, Densidad urinaria 1020 Examen General de Orina: Densidad urinaria 1009, Ph 6, Leucoesterasa 500, Leucocitos 12-16 por campo. Urocultivo: + Pseudomona.	Interés por participar en las medidas terapéuticas por parte del cuidador primario. La agencia de cuidado terapéutico mantiene al paciente libre de infecciones y mantiene la eutermia.
Diagnóstico de Enfermería:				
<ul style="list-style-type: none"> • Peligros para la vida R/C Proceso infeccioso urinario M/P Alza térmica presencia de calosfríos, piloerección, rubicundez, ataque al estado general y leucocitosis. 				

Plan de cuidados.

<p>Diagnóstico de enfermería: Peligros para la vida R/C Proceso infeccioso urinario M/P Alza térmica presencia de calosfríos, piloerección, rubicundez, ataque al estado general y leucocitosis.</p>	
<p>Objetivo: Disminuir el peligro para la vida, mediante la administración farmacoterapia con la finalidad de erradicar el proceso infeccioso y las respuestas fisiológicas que presenta el paciente.</p>	
<p>Indicadores de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal. • Leucocitos en orina. • Urocultivo. 	<p>Resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mantener la Temperatura corporal entre 36 y 37.5 °C. -Disminuir los leucocitos de 16 000 a 8 000 por campo. -Lograr un resultado negativo al final del tratamiento antibiótico. <p>Sistemas de enfermería:</p> <p>Parcialmente compensatorio Apoyo educativo</p>
Intervenciones/Actividades de Enfermería	Fundamentación
<p>Intervenciones: Monitorización de las constantes vitales. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medir la temperatura corporal axilar, cada 30 minutos la primera hora, posteriormente cada hora y cuando se estabilice realizar la toma por turno. <p>Intervenciones: Mantener de la eutermia. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener con ropa adecuada al paciente evitando desvestirlo o sobre arroparlo. • Evitar enfriamiento corporal excesivo y prevenir escalofrío. 	<p>En niños de 3 meses a 5 años la cuantificación de la temperatura corporal es confiable con los siguientes métodos: a) termómetro electrónico en axila, b) termómetro químico en axila y c) termómetro timpánico de rayos infrarrojos⁵¹.</p> <p style="text-align: center;">Evidencia II RCOG. RCN Caring for Children whit fever.</p> <p>Los medios físicos pueden causar temblor si el enfriamiento es muy rápido o profundo, favoreciendo vasoconstricción e incremento de la temperatura y del metabolismo.</p> <p style="text-align: center;">Evidencia 1+, 2+. RCOG.</p>

- Administración de antipiréticos. Paracetamol 10-15 mg/kg/dosis (200 mg IV C/8-6 horas).
- En caso de que la fiebre no ceda por medios físicos y con paracetamol, alternar metamizol 10 mg/kg/dosis (200 mg IV C/8-6 horas). Administración lenta y diluida debido al efecto hipotensor que este tiene.
- Proveer al cuidador primario información verbal o escrita sobre signos y síntomas de alarma en el paciente (p. ejemp, alteración del estado de conciencia, movimientos tónico clónicos).

Intervenciones:Farmacoterapia.

Actividades:

- Corroborar la prescripción con indicaciones médicas.
- Aplicación de los 10 correctos para la administración de medicamentos.
- Administración de Ertapenem 15mg/kg/dosis (300 mg IV C/8 horas) vigilando reacciones adversas como: cefalea, flebitis, diarrea, nauseas, vómito, erupción cutánea, descenso del recuento de neutrófilos.
- Tomar nuevo examen general de orina y urocultivo 48-72 horas después de haber iniciado el tratamiento antibiótico.

El paracetamol carece de efecto antiinflamatorio; se absorbe muy bien, alcanzando niveles máximos al cabo de 1-2 horas de su administración, y mantiene el efecto en torno a 4-6 horas. A mayor dosis, más prolongado es el efecto antitérmico, por lo que se recomienda dar 15 mg/kg cada 4 a 6 horas, sin sobrepasar los 60 mg/kg/día⁵².

Se deben considerar para la elección del antibiótico y el inicio de tratamiento la edad del paciente y el sitio de la infección (infección de vías urinarias bajas o pielonefritis). El objetivo de iniciar el tratamiento a la brevedad está dirigido a erradicar la infección y prevenir urosepsis, mejorar sintomatología, evitar cicatrices renales o absceso renal y prevenir la hipertensión e insuficiencia renal.

A todo paciente con IVU se le debe repetir urocultivo después de 48 a 72 horas de terapia antimicrobiana para evaluar respuesta microbiológica y valorar modificaciones al manejo según sensibilidad antimicrobiana⁵³.

Evaluación: El paciente logró controlar la temperatura corporal de manera intermitente mediante la ayuda de medidas farmacológicas y no farmacológicas por lo que desaparecieron las respuestas fisiológicas que desencadenaba la fiebre. El proceso infeccioso cedió después de una semana ya que el EGO se mantuvo con disminución progresiva de leucocitos (de 16 000 a 2 000 leucocitos por campo) en orina y el urocultivo dio un resultado negativo al final del tratamiento antibiótico.

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapas de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G.C.		Sistema de Enfermería: Parcialmente Compensatorio		
Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Apoyo Educativo		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación. Déficit en los procesos de eliminación intestinal.	Estado de salud.	Disminución de la motilidad intestinal.	Distensión abdominal (58cm) . Disminución de los ruidos intestinales (5-10/minuto) . Dificultad para evacuar las heces y presencia de fecaloma.	Disposición e interés para obtener información acerca de medidas para la prevención de estreñimiento. La agencia de cuidado terapéutico proporciona medidas farmacológicas y no farmacológicas para favorecer la evacuación intestinal.
Diagnóstico de Enfermería:				
<ul style="list-style-type: none"> Déficit en los procesos de eliminación intestinal R/C Disminución de la motilidad intestinal M/P Distensión abdominal, disminución de los ruidos intestinales, dificultad para evacuar las heces y presencia de fecaloma. 				

Plan de cuidados.

<p>Diagnóstico de enfermería: Déficit en los procesos de eliminación intestinal R/C Disminución de la motilidad intestinal M/P Distensión abdominal, disminución de los ruidos intestinales, dificultad para evacuar las heces y presencia de fecaloma.</p>	
<p>Objetivo: Favorecer la evacuación intestinal mediante el uso de medidas no farmacológicas y farmacológicas.</p>	
<p>Indicadores de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bristol. • Perímetro abdominal. • Peristalsis intestinal. 	<p>Resultados esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lograr evacuaciones tipo 4 en la escala de Bristol. -Mantener perímetro abdominal entre 53-55 cm. -Sonidos intestinales entre 10-20/minuto.
	<p>Sistemas de enfermería</p> <p>Parcialmente compensatorio. Apoyo Educativo.</p>
<p>Intervenciones/Actividades de enfermería.</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>Intervenciones: Vigilar condiciones abdominales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corroborar aumento en el perímetro abdominal. • Corroborar la presencia de peristaltismo mediante la auscultación abdominal. • Monitorización del número de deposiciones, característica y frecuencia. • Vigilar tolerancia a la vía oral. • Colaborar con el radiólogo para la toma de placa simple de rayos x abdominal. 	<p>En un estudio se encontró que los datos clínicos más frecuentes en pacientes con estreñimiento son⁵⁴: Encopresis/manchado 75-90%, menos de 3 evacuaciones por semana 75%, evacuaciones gruesas 75%, dolor a la defecación 50-80%, postura de retención 35-45%, dolor abdominal 10-70%, distensión abdominal 20-40%, enuresis/Infección de vías urinarias 30%, anorexia/hiporexia 10-25%.</p> <p>La medición del perímetro abdominal permite valorar la distensión abdominal, que puede ser indicativo de acumulo de heces por falta de evacuación intestinal.</p>

Intervenciones: Farmacoterapia.**Actividades:**

- Corroborar prescripción con indicaciones médicas.
- Aplicación de los 10 correctos para la administración de medicamentos.
- Administrar Lactulosa 10 ml c/8 hrs (Dosis. 1-2cc/kg/día). Reportar si presenta alguna reacción adversa como: flatulencia, molestia abdominal, diarrea, náusea, vómito.
- Valora suspensión del uso del laxante osmótico.

Intervención: Implementar un diario de la función intestinal.**Actividades:**

- Orientar al cuidador primario sobre los patrones de defecación considerados como “normales” en la población pediátrica.
- Orientar al cuidador primario acerca de los datos clínicos más frecuentes en pacientes con estreñimiento.

Intervenciones: Educación al cuidador primario para mejorar la función intestinal del paciente (ver plan de alta).**Actividades:**

El objetivo de la terapia con laxantes es lograr un hábito intestinal regular, consiguiendo una deposición blanda, manteniendo el recto vacío para que el colon recupere su tono y calibre. Se considera que la lactulosa es segura para todas las edades⁵⁵

Evidencia IV (E. Shekelle) NASPGHAN

Los laxantes producen un aumento en la velocidad del tránsito intestinal y su uso crónico puede llegar a ser perjudicial.

La Academia Americana de Pediatría recomienda 0,5 g de fibra/kg/día hasta los 10 años de edad. La American Heart Foundation establece un valor cercano a 5 g/día para los niños entre 6 meses y los 2 años de vida, y para los mayores de 2 años propone aplicar la siguiente fórmula, que resulta muy práctica para el cálculo del mínimo y máximo de fibra que deben consumir⁵⁶:

Ingesta mínima: edad + 5 g/día
Ingesta máxima: edad + 10 g/día

El líquido diluye el contenido intestinal, facilitando su paso a través del colon. La reducción del consumo de líquidos hace más lento el paso de los alimentos a través del intestino y da lugar al endurecimiento del contenido de la deposición.

<ul style="list-style-type: none">• Orientar al paciente acerca de los alimentos ricos en fibra y la cantidad optima diaria.• Enseñar al paciente y al cuidador primario los alimentos con alto contenido en fibra específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal constante. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.• Instruir al cuidador primario sobre el uso correcto de laxantes.• Fomentar el aumento en la ingesta de líquidos.• Animar al paciente a dejar el pañal y evacuar en un cómodo.• Sugerir el uso de fajas tipo camiseta para dar mejor estabilidad al abdomen y ayudar al movimiento peristáltico mediante la compresión intestinal.	<p>La presión que se ejerce al estar sentado con las rodillas flexionadas al defecar intensifica la presión intraabdominal, ayudando la expulsión de la materia fecal.</p>
<p>Evaluación: El paciente logro evacuar las heces mediante la extracción manual por parte del personal de salud, ya que fue imposible eliminarlas de manera independiente. Con la ayuda de la dieta y los laxantes, el paciente logro evacuaciones tipo 3 en la escala de Bristol, sin embargo, la usencia de musculatura abdominal es un factor de riesgo para que el paciente presente frecuentemente constipación intestinal por fecalomas.</p>	

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapa de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania G. C. Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Sistema de Enfermería: Parcialmente Compensatorio Apoyo Educativo		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
<p>Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano.</p> <p>Mantenimiento inefectivo de la salud.</p>	<p>Edad Sexo Estado de salud.</p>	<p>Conocimientos deficientes sobre el manejo de sonda talla supra púbica</p>	<p>Distensión vesical. Alza térmica. Leucocitosis</p>	<p>Disposición del cuidador primario para colaborar en el autocuidado.</p> <p>Apoyo de la agencia de cuidado terapéutico para evitar complicaciones derivadas del manejo inadecuado de dispositivos de eliminación urinaria.</p>
Diagnóstico de Enfermería:				
<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento inefectivo de la salud R/C Conocimientos deficientes sobre el manejo de sonda talla supra púbica M/P Distensión vesical, Alza térmica. 				

Plan de cuidados

<p>Diagnóstico de enfermería: Mantenimiento inefectivo de la salud R/C Conocimientos deficientes sobre el manejo de dispositivos de eliminación urinaria M/P Distensión vesical, Alza térmica.</p>	
<p>Objetivo: Evitar complicaciones asociadas al manejo incorrecto de dispositivos de eliminación urinaria, mediante la enseñanza y evaluación de técnicas específicas para dispositivos urinarios.</p>	
<p>Indicadores de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de signos y síntomas de retención urinaria. • Identificación de signos y síntomas clínicos de infección urinaria. 	<p>Resultados esperados</p> <p>El cuidador primario identifica datos de retención urinaria como: distensión abdominal, irritabilidad, diaforesis, posición antialgica, etc</p> <p>El cuidador primario identifica signos y síntomas de infección como: hipertermia, taquicardia, alteraciones en el color y olor de la orina, disminución del volumen urinario, dolor abdominal, intolerancia a la vía oral.</p>
	<p>Sistemas de enfermería</p> <p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Apoyo educativo</p>
<p>Intervenciones /Actividades de enfermería</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>Intervenciones: Identificación de signos vitales alterados.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al cuidador primario como medir la temperatura axilar en caso de sospecha de fiebre. <p>Intervención: Vigilancia de la función urinaria (ver plan de alta)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente sobre la Identificación de oliguria o anuria y alteraciones en las características de la orina. 	<p>En los pacientes pediátricos con malformaciones del tracto urinario, una de las presentaciones más frecuentes son las infecciones a este nivel, constituyendo hasta un 21.7%, manifestándose como fiebre persistente y complicándose ocasionalmente con bacteriemias⁵⁷.</p> <p>Se consideran niños de alto riesgo de complicaciones secundarias a Infección de Vías Urinarias y requieren hospitalización, aquellos con: Historia o características clínicas que sugieran</p>

- Identificación de datos de retención aguda de orina como: irritabilidad, intolerancia al movimiento, aumento del volumen abdominal y dolor a la palpación abdominal.

Intervenciones: Prevención de infecciones.

Actividades:

- Evitar los episodios de estreñimiento en el paciente ya que este favorece la estasis de orina en la vejiga y la migración de bacterias.
- Identificar signos y síntomas de retención aguda de orina como: Incapacidad para orinar (o solo pequeñas cantidades), ansiedad intensa o agitación, incomodidad, diaforesis, dolor abdominal agudo, aumento de volumen abdominal que se intensifica a la palpación o a la movilización
- Proporcionar información escrita sobre manejo adecuado de sonda talla supra púbica **(Ver plan de alta)**.

obstrucción urinaria (oliguria, fiebre recurrente de origen incierto, diagnóstico prenatal de anomalías renales, historia familiar de reflujo vesicoureteral, vejiga grande, masa abdominal, anomalías espinales, ano-rectales o genitales, retraso en el crecimiento, hipertensión arterial)⁵⁸.

El estreñimiento es un factor de riesgo de Infección de Vías Urinarias en los niños o las niñas, favoreciendo la migración de E. Coli al perineo por estasis fecal y de forma ascendente a la uretra obstaculizando el buen vaciado de la vejiga

Evidencia IV [Shekelle] Martínez L.

Evaluación: El cuidador primario logro entender y explicar las técnicas para el mantenimiento de sonda talla vesical identificó signos y síntomas sugerentes de infección de vías urinarias, así como de retención urinaria.

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapas de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G. C.		Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio		
Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Apoyo Educativo		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. COMUNICACIÓN VERBAL DISFUNCIONAL	Estado de salud.	Disminución de la agudeza auditiva (solo escucha el 30%)	Dificultad para formular palabras y oraciones Comunicación con señas y sonidos	Interés por participar en las medidas terapéuticas por parte del cuidador primario. El agente de cuidado terapéutica colabora durante la terapia del lenguaje.
Diagnóstico de Enfermería:				
<ul style="list-style-type: none"> Comunicación verbal disfuncional R/C Disminución de la agudeza auditiva M/P Dificultad para formular palabras y oraciones, comunicación con señas y sonidos. 				

Plan de cuidados.

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la comunicación verbal R/C Hipoacusia M/P Dislalia y comunicación con señas.	
Objetivo: Favorecer la comunicación verbal mediante la terapia del lenguaje y auxiliares auditivos.	
Indicadores de evaluación <ul style="list-style-type: none"> • Numero de palabras 	Resultados esperados <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de palabras durante la comunicación de 3 a 5
	Sistemas de enfermería Parcialmente compensatorio. Apoyo Educativo.
Intervenciones (I)/Actividades de enfermería(AE)	Fundamentación
Intervenciones: Favorecer la comunicación. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención y permitir que el paciente tenga suficiente tiempo para procesar la comunicación y responder. • Lograr la atención del paciente antes de hablarle (es decir, lograr su atención mediante el contacto). • Ponerse directamente frente al paciente, estableciendo el contacto ocular y evitando girarse a mitad de la frase. • Evitar comunicarse a una distancia de más de 1 m del paciente. • Simplificar el lenguaje, empleando frases cortas y sencillas. • Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión. • Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación. 	<p>Los problemas de oídos influyen en el lenguaje, el habla y el desarrollo social. Su examen y la detección precoz pueden ayudar a reducir o eliminar las deficiencias de audición y sus efectos.</p> <p>La sobrecarga sensorial se produce cuando una persona recibe múltiples estímulos sensoriales y no puede hacer caso omiso o ignorar selectivamente ciertos estímulos. La estimulación sensorial excesiva impide que el cerebro responda adecuadamente o ignore determinados estímulos</p> <p>Los pacientes con déficits sensoriales suelen desarrollar formas alternativas de comunicación. Se debe entender el método de comunicación del paciente para interactuar con él y promover la interacción con otras personas. La vista se convierte prácticamente en un sentido primario para las</p>

- Derivación al paciente al servicio de audiología y terapia del lenguaje.

personas con deficiencias auditivas.

La audiometría proporciona información valiosa con respecto a la gravedad de la pérdida auditiva, los ciclos de sonido involucrados y la posible ubicación del defecto.

Evaluación: Se logró comunicación eficaz con el paciente, adecuando medidas para un mejor entendimiento entre el receptor y el comunicador, aún existen muchas deficiencias del lenguaje, el paciente acude a terapias de lenguaje En lo que respecta a la audición, podría mejorarse si se recurre a un aparato auditivo que está aún por determinarse por el servicio de audiología. El número de palabras se mantuvo en tres.

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapa de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G. C.		Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo		
Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano				
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Prevenición de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano. RIESGO DE INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE	Estado de salud.	Falta de conocimientos sobre manejo de sonda talla.		Interés por aprender el manejo de dispositivos para el drenaje urinario (sonda talla). La agencia de autocuidado terapéutico proporciona educación para la salud al cuidador primario para el adecuado manejo de la sonda talla.
Diagnóstico de Enfermería:				
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de infección urinaria recurrente R/C Falta de conocimientos sobre el manejo de sonda talla. 				

Plan de cuidados.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección urinaria recurrente R/C Falta de conocimientos sobre el manejo de sonda talla.	
Objetivo: Evitar las infecciones del tracto urinario recurrentes mediante la educación al cuidador primario para el manejo específico del paciente con dispositivos de drenaje urinario (sonda talla).	
Indicadores de evaluación <ul style="list-style-type: none"> • Control de infecciones • Leucocitos en orina 	Resultados esperados <ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la recurrencia de infecciones. -Mantener el examen general de orina con leucocitos menores de 10 000 por campo.
	Sistemas de enfermería Apoyo Educativo.
Intervenciones/Actividades de enfermería	Fundamentación
Intervenciones: Instruir al cuidador primario sobre los cuidados de la sonda talla suprapúbica (ver plan de alta). Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Después de la inserción de una sonda permanente, se debe mantener un sistema de drenaje cerrado para minimizar el riesgo de infección. • Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. • Controlar la permeabilidad del sistema para evitar la acumulación de orina dentro de la sonda. • Se debe comprobar si hay codos o dobleces en la sonda, evitar que el paciente se coloque sobre ella y observar si hay coágulos o sedimentos que causen obstrucción para asegurarse de que la orina fluye en la bolsa de drenaje. • El sistema colector de orina debe ser vaciado de 3 a 6 	<p>La orina almacenada en la bolsa y en el tubo se convierten en un medio para las bacterias y es posible desarrollar una infección si la orina refluye dentro de la vejiga.</p> <p>La ingesta de líquidos produce un gran volumen de orina que limpia la vejiga y mantiene la sonda sin sedimentos minimizar el riesgo de obstrucción al aumentar el flujo de orina.</p> <p>Los sedimentos, los coágulos o la propia pared abdominal pueden obstruir el catéter suprapúbico. La acumulación de sedimentos en la sonda o el conducto o las alteraciones del drenaje de la orina indican cambios en la sonda y el sistema de drenaje. Cuando esto sucede, se extraen y desechan la sonda y el sistema de drenaje, insertándose</p>

horas o cuando la bolsa este de un 50 a 75% de su capacidad⁵⁹.

- Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación.

una sonda estéril nueva con otro sistema de drenaje cerrado:

El vaciamiento del sistema colector de forma intermitente evitara a prevenir trauma/tracción uretral.

La orina normal contiene un 96% de agua y un 4% de solutos. Los solutos orgánicos son urea, amoniaco, creatinina y ácido úrico. La urea es el principal soluto orgánico. Los solutos inorgánicos son sodio, cloro, potasio, sulfato, magnesio y fósforo. El cloruro sódico es la sal inorgánica más abundante.

Evaluación: El cuidador primario comprendió la importancia de aplicar las medidas necesarias para el mantenimiento de la sonda talla en forma adecuada y comprendió la importancia de prevenir complicaciones asociadas al mal manejo de dispositivos urinarios por este motivo hubo una disminución significativa de periodos de procesos infecciosos. El examen general de orina se mantuvo entre 5 000 y 6000 leucocitos por campo las visitas subsecuentes con el urólogo.

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapa de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G. C. Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Prevenición de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano RIESGO DE TRAUMATISMO ABDOMINAL	Estado de salud.	Peligros en el entorno		Interés por disminuir riesgos que puedan dañar la salud del paciente La agencia de autocuidado terapéutico proporciona educación para la salud al cuidador primario para la precaución en casa sobre espacios y estructuras que puedan dañar al paciente.
Diagnóstico de Enfermería:				
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de traumatismo abdominal R/C Peligros en el entorno 				

Plan de cuidados.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de traumatismo abdominal R/C Peligros en el entorno.	
Objetivo: Prevención de accidentes en el paciente concientizando al cuidador primario acerca de la identificación de sitios y objetos inseguros.	
Indicadores de evaluación <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de accidentes 	Resultados esperados -0 accidentes que pongan en peligro la vida del paciente. Sistemas de enfermería: Apoyo Educativo.
Intervenciones/Actividades de enfermería	Fundamentación
Intervenciones: Proporcionar información al cuidador primario acerca de: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar proporcionar objetos con filo o puntiagudos en especial cuando el niño está caminando o corriendo. • Guardar herramientas peligrosas, equipo de jardinería y armas de fuego bajo llave. • Colocar protecciones a muebles que sean puntiagudos. • Instruir al paciente sobre entornos peligrosos y la importancia de cuidar las estructuras óseas durante las actividades lúdicas. • Enfatizar al cuidador primario la importancia de proporcionarle al paciente un entorno seguro dentro y fuera de casa concientizando a las personas con mayor contacto con él, sobre la enfermedad y la importancia de proteger las estructuras abdominales del paciente. • Educación al niño y al cuidador primario sobre seguridad. 	<p>Los factores relacionados con el estilo de vida que ponen a las personas en riesgo de lesionarse son los ambientes inseguros los ingresos insuficientes para comprar equipo de seguridad o hacer las reparaciones necesarias.</p> <p>Los niños en edad preescolar son activos y a menudo muy torpes en muchas destrezas, lo que los hace susceptibles a las lesiones.</p> <p>La identificación visual y la comunicación de riesgos entre cuidadores son esenciales una vez que se detecta que el niño se con algún tipo de riesgo.</p>
Evaluación: El cuidador primario comprendió la importancia de proporcionar un entorno seguro al paciente con Prune Belly, se realizó la técnica de retroalimentación donde se le proporcionó información al familiar y posteriormente se le pidió que explicara todos los puntos contenidos para poder verificar que comprendió la información.	

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapas de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G. C. Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. RIESGO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA RECURRENTE	Estado de salud.	Alteración del reflejo tusígeno y maniobras de valsalva.		Interés por disminuir factores de riesgo para contraer infecciones respiratorias La agencia de autocuidado terapéutico proporciona educación para la salud al familiar para la prevención de infecciones respiratorias.
Diagnóstico de Enfermería:				
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de infección respiratoria recurrente R/C Alteración del reflejo tusígeno y maniobras de valsalva. 				

Plan de cuidados.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección respiratoria recurrente R/C alteración del reflejo tusígeno y maniobras de valsalva debido a la ausencia de musculatura abdominal.	
Objetivo: Orientar al cuidador primario sobre la aplicación de las medidas básicas para evitar la infecciones respiratorias de manera recurrente.	
Indicadores de evaluación	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> Prevenición de enfermedades respiratorias. 	Mantener al paciente libre de enfermedades respiratorias.
	Sistemas de enfermería: Apoyo Educativo.
Intervenciones/Actividades de enfermería	Fundamentación
<p>Prevención de infecciones respiratorias</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener una adecuada hidratación del paciente. Consumir frutas ricas en vitamina C. Evitar cambios bruscos de temperatura, usar ropa abrigadora en temporadas de frío y evitar la exposición del paciente a lugares con demasiada concurrencia. Fomentar la vacunación contra agentes estacionales. 	<p>No existe evidencia que sustente beneficio a mayor ingesta de líquidos en pacientes con Infecciones de Vías Respiratorias Superiores. Sin embargo es recomendable mantener una hidratación adecuada sobretodo en caso de incremento en las pérdidas como en el caso de fiebre y mal manejo de secreciones⁶⁰.</p> <p>La exposición constante a cambios de temperatura son factores predisponentes para contraer enfermedades respiratorias con mayor frecuencia.</p> <p>Se recomiendan vacunas anuales contra la influenza para todas las personas a partir de los 6 meses de edad. Los pacientes con enfermedades crónicas, los niños, los ancianos y las mujeres embarazadas pueden enfermar gravemente; por tanto, deben ser inmunizados.</p>
Evaluación: El cuidador primario comprende y repite las medidas utilizadas para disminuir el riesgo de infecciones respiratorias estacionales.	

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapa de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G. C. Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el desarrollo humano de ser normal. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS	Estado de salud.			Interés por parte del cuidado primario para aprender y participar activamente en las medidas terapéuticas específicas del paciente con alteraciones urinarias y digestivas.
Diagnóstico de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar los conocimientos R/C Interés por parte del cuidador primario para aprender y participar activamente en las medidas terapéuticas específicas del paciente con alteraciones urinarias y digestivas. 				

Plan de cuidados.

<p>Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar los conocimientos sobre el manejo terapéutico del paciente con Prune Belly R/C Interés por parte del cuidador primario para proporcionar cuidados específicos al paciente.</p>	
<p>Objetivo: Proporcionar un plan de cuidados adecuado a las necesidades del paciente con Prune Belly y resolver dudas en cuanto al manejo terapéutico.</p>	
<p>Indicadores de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de conocimientos adquiridos 	<p>Resultados esperados</p> <p>El cuidador primario será capaz de hacer la demostración de medidas aprendidas para evitar riesgos y cambios en el estado de salud del paciente.</p> <p>Sistemas de enfermería: Apoyo Educativo.</p>
<p>Intervenciones/Actividades de enfermería</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>Intervención: Mejorar los conocimientos sobre el padecimiento del paciente y los cuidados específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de los requisitos afectados del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en los planes de cuidado. • Desarrollar materiales informativos escritos en un nivel de lectura adecuado (Ver anexo plan de alta). • Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables con el fin de prevenir complicaciones. • Implementar estrategias para medir los resultados en el paciente y el cuidador primario a intervalos regulares durante y después de la educación para la salud. 	<p>Las medidas para salvaguardar la seguridad de las personas de todas las edades se centran en: a) la observación o predicción de situaciones que pueden ser lesivas, y b) la educación del cuidador primario y del paciente que hace posible la protección a ellos mismos y a sus familiares de lesiones y complicaciones basadas en una falta de apego al régimen terapéutico y a la falta de precauciones del entorno.</p>
<p>Evaluación: El cuidador primario entiende la importancia de llevar a cabo la práctica de un adecuado régimen terapéutico, no obstante, se deben realizar evaluaciones periódicas al paciente y al cuidador primario para verificar si efectivamente, llevan a cabo las actividades encaminadas a la prevención de complicaciones.</p>	

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapa de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G. C. Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el desarrollo humano de ser normal. AFRONTAMIENTO FAMILIAR EFICAZ	Estado de salud.			Cambio de actitud hacia el fomento de la salud y enriquecimiento del estilo de vida, que mantiene programas de tratamiento y elige experiencias que optimizan el bienestar.
Diagnóstico de Enfermería: • Afrontamiento familiar eficaz R/C Cambio de actitud hacia el fomento de la salud y enriquecimiento del estilo de vida, que mantiene programas de tratamiento y elige experiencias que optimizan el bienestar.				

Plan de cuidados.

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento familiar eficaz R/C Utilización de estrategias que le permitan disminuir el impacto de la enfermedad que presenta el paciente.	
Objetivo: Involucrar a la familia para participar en conductas de salud encaminadas a mejorar la calidad del vida del paciente.	
Indicadores de evaluación <ul style="list-style-type: none"> • Apego familiar a la modificación de estilos de vida. 	Resultados esperados Apego al tratamiento y demostración de manejo adecuado del paciente con Prune Belly
	Sistemas de enfermería Apoyo Educativo.
Intervenciones/Actividades de enfermería	Fundamentación
Intervención: Afrontamiento familiar. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. • Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades del cuidador primario, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas. • Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables. • Determinar e implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares durante y después de terminar el programa. 	Se llama bienestar a un proceso relacionado con las actividades y conductas que potencian la calidad de vida y elevan al máximo el potencial personal. Los profesionales de enfermería promueven el bienestar en pacientes que pueden estar sanos o enfermos. Ello puede implicar actividades individuales y comunales que potencien los estilos de vida sanos, como la mejora en la nutrición y la forma física y la prevención de accidentes y lesiones en el domicilio. La recuperación de la salud se centra en el paciente enfermo y se extiende desde la detección precoz de la enfermedad a la ayuda al paciente durante el período de recuperación.
Evaluación: Existe disponibilidad e interés por parte de todos los miembros de la familia para colaborar con el autocuidado del paciente, así mismo muestran interés por aprender técnicas y procedimientos concernientes a al mantenimiento y cambio de sonda talla y evitar infecciones que pongan en peligro la vida del paciente.	

10. Valoraciones Focalizadas.

10.1. PRIMERA VALORACIÓN: 13 DE NOVIEMBRE DEL 2015

El paciente acude a su cita en consulta externa de urología para revisión de sonda talla y control médico, a la exploración física se encuentra con los siguientes datos relevantes:

- Narinas con secreciones verdosas tos productiva.
- Descarga retrofaringea hialina y faringe hiperémica.
- Campos pulmonares ventilados, sin auscultación de sonidos respiratorios adventicios.

Durante el proceso de hospitalización y después de haber obtenido un resultado positivo en el urocultivo para pseudomona, se toma nuevamente otro y el resultado es el siguiente:

- Sin Unidades Formadoras de colonias.

Al haber una alteración respiratoria le prescriben tratamiento antibiótico y antipirético:

- Amoxicilina/Acido Clavulánico 45mg/kg/día (300mg vía oral cada 8 horas)

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapa de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G. C. Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. Riesgo de obstrucción de la vía aérea	Estado de salud.	Incapacidad para eliminar de forma efectiva las secreciones traqueo bronquiales. Ausencia de maniobras de valsalva.		Interés por disminuir factores de riesgo para contraer infecciones respiratorias. La agencia de autocuidado terapéutico proporciona educación para la salud al familiar para la prevención de infecciones respiratorias.
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de obstrucción de la vía aérea R/C Incapacidad para eliminar de forma efectiva las secreciones traqueo bronquiales y ausencia de maniobras de valsalva.				

Plan de cuidados.

<p>Diagnóstico de enfermería: Riesgo de obstrucción de la vía aérea R/C Incapacidad para eliminar de forma efectiva las secreciones traqueo bronquiales y ausencia de maniobras de valsalva.</p>	
<p>Objetivo: Evitar acumulación de secreciones en el tracto respiratorio mediante el adecuado apego al tratamiento farmacológico y medidas generales.</p>	
<p>Indicadores de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilización de secreciones. • Propagación de infecciones 	<p>Resultados esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expectoración y disminución de secreciones nasofaríngeas. -Evitar el contagio de los demás miembros de la familia. <p>Sistemas de enfermería</p> <p>Apoyo Educativo.</p>
Intervenciones/Actividades de enfermería	Fundamentación
<p>Intervenciones: Fisioterapia pulmonar y aseos nasales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al cuidador primario acerca de la técnica y aditamentos necesarios para proporcionar una eficaz terapia vibratoria. • Mostrar al cuidador primario como realizar vibraciones suaves, para evitar el acumulo de secreciones, con base a las necesidades estimadas. • Realizar aseos nasales con agua de mar según las necesidades del paciente. • Instruir al paciente como limpiarse las narinas. <p>Intervención: Tratamiento Farmacológico.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogar al cuidador primario acerca de alergias farmacológicas antes de la prescripción farmacológica. • Administración de amoxicilina/ácido clavulánico 45mg/kg/día (300mg vía oral cada 8 horas). Explicar al 	<p>La fisioterapia respiratoria tiene como objetivo mantener la permeabilidad de la vía aérea, facilitar la movilización y eliminación de secreciones bronquiales y prevenir complicaciones respiratorias agudas⁶¹.</p> <p>La dificultad respiratoria es un estado anormal de la frecuencia o el esfuerzo respiratorio si no se identifica a tiempo puede progresar a insuficiencia respiratoria y en última instancia en paro cardíaco⁶².</p>

cuidador primario las posibles reacciones adversas a los medicamentos (rash en el cuerpo, dificultad para respirar, vómito diarrea).

Intervención: Instruir sobre la identificación de signos de alarma respiratorios.

Actividades:

- Explicar al cuidador primario los signos y síntomas de dificultad respiratoria (Aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción xifoidea, quejido espiratorio, disociación tóraco abdominal) con un lenguaje comprensible.
- Explicar al cuidado primario que acuda a revisión médica si: persiste la fiebre más de tres días, si se exacerban los signos y síntomas, si no hay mejoría después del término del tratamiento.

Intervenciones: Orientación sobre medidas generales para evitar la propagación de infecciones entre los miembros de la familia.

Actividades:

- Fomentar e instruir al paciente y los cuidadores primarios sobre el correcto lavado de manos para disminuir contagios entre los integrantes de la familia.
- Evitar acudir a lugares muy concurridos o con aglomeraciones durante temporadas frías.
- Sugerir a los padres no llevar a la escuela al paciente para evitar contagios.
- Beber y ofrecer agua al paciente para fluidificar las secreciones.
- Consumir frutos de temporada y con alto contenido en vitamina C (Naranjas, mandarinas, guayabas, piñas)

Existen estudios que evalúan la eficacia de las intervenciones educativas dirigidas a paciente y padres, concluyendo que la educación del cuidado de la salud de los pacientes dan como resultado: apropiado auto-cuidado para las IAVRS o en enfermedad en general lo cual redundo en menor número de visitas al médico y costo de atención de la enfermedad impacto en la disminución del tratamiento médico innecesario.

Evidencia de Alta Calidad GRADE Snellman L 2013

Aunque el resfriado común es una Infección Aguda de Vías Respiratorias, mediante estudios de investigación se ha encontrado que estas infecciones se propagan más por las manos y el contacto estrecho con las personas enfermas, que por gotas minúsculas de secreciones respiratorias suspendidas en el aire⁶³.

Evaluación: El cuidador primario comprende y explica las medidas básicas para evitar contagios entre los miembros de la familia importancia de llevar a cabo un adecuado régimen terapéutico para la eliminación de secreciones, logrando la adecuada limpieza de la vía aérea, al mismo tiempo comprende la importancia de evitar contagios entre los miembros de la familia.

10. 2. Segunda valoración.

26 DE NOVIEMBRE DEL 2015

Acude a cita de control en la consulta externa de Urología, no se encuentran hallazgos relevantes en el sistema urinario, el proceso infeccioso respiratorio de la valoración anterior se encuentra remitido. En esta ocasión la madre refiere que el paciente no quiere convivir con los compañeros del kínder (antes era muy sociable y se apreciaba como líder). Por cuestiones de seguridad, el paciente es dado de baja temporal ya que trae consigo la sonda talla, este hecho parece haber afectado tanto al paciente en sus relaciones sociales, que no quiso convivir con ellos el día que le festejaron su cumpleaños en la escuela, se notó apático y renuente. Refiere la madre que los invitaron a una excursión a un zoológico y el paciente se rehusó totalmente a acudir. El paciente en esta valoración tiene alterado el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Relación Déficit y capacidad de Autocuidado.

Receptor del autocuidado: Tadeo E. G. C.		Etapa de desarrollo: Preescolar		
Agente de cuidado dependiente: Tania E. G. C. Agente de cuidado terapéutico: L.E. Janett Altamirano		Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo		
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Factores que afectan el requisito	Déficit de autocuidado	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. AISLAMIENTO SOCIAL	Estado de salud.	Cambios en la imagen corporal derivadas de colocación de sonda talla supra pública.	Apatía y renuencia a socializar	Interés por favorecer la socialización de Emiliano. La agencia de autocuidado terapéutico sugiere terapia psicológica para que el paciente pueda afrontar la situación actual.
Diagnóstico de Enfermería:				
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social R/C Cambios en la imagen corporal M/P Apatía y renuencia a socializar. 				

Plan de cuidados.

Diagnóstico de enfermería: Aislamiento social R/C Cambios en la imagen corporal M/P Apatía y renuencia a socializar.	
Objetivo: Ayudar al paciente a reincorporarse a su entorno social buscando alternativas donde la sonda talla no sea un impedimento para realizar actividades de la vida diaria de manera normal.	
Indicadores de evaluación	Resultados esperados Interacción con compañeros del preescolar.
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sociales. 	Sistemas de enfermería Apoyo Educativo.
Intervenciones/Actividades de enfermería	Fundamentación
Afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la reacción pública posible frente a la situación patológica. • Sugerir al cuidador primario evitar sobreproteger al paciente y que lo anime a realizar actividades bajo supervisión. • Sugerir colocación de bolsa de pierna para mejorar la movilidad y tener de forma más discreta la bolsa colectora de orina. • Sugerir al cuidador primario la atención de Emiliano, por un experto en psicología. 	<p>El aislamiento destruye la autoestima (potencia la negación), bloquea la capacidad de avanzar en la aceptación de la enfermedad y puede aumentar el riesgo de lesiones o respuestas negativas.</p> <p>La participación de diferentes experiencias puede disminuir la tensión y la falta de interés por socializar y minimizar sus limitaciones.</p>
Evaluación: El buscó alternativas que ayudaron al paciente a afrontar los cambios en el aspecto físico, al ocultar la bolsa recolectora de orina, sustituyéndola por una bolsa de pierna, el paciente comenzó a retomar sus relaciones sociales e inclusive regreso a la escuela (información proporcionada por la madre el 29 de marzo del 2016).	

11. Evaluación general de los planes de cuidado.

Grafica No. 1.



Fuente: Estudio de caso aplicado a un paciente con Síndrome de Prune Belly.

En el presente gráfico se muestran los requisitos de autocuidado afectados al ingreso y al egreso hospitalario. Inicialmente se valoraron los requisitos universales donde se destacan tres requisitos con déficit de autocuidado: previsión de cuidados asociados a los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo prevención de peligros para la vida y el bienestar humano. Al egreso el paciente disminuye el déficit de autocuidado en dos de los requisitos afectados, sin embargo, debido a las condiciones de salud y la complejidad del síndrome sigue sin mejoría el requisito de provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación.

Gráfica No. 2.



Fuente: Estudio de caso aplicado a un paciente con Síndrome de Prune Belly.

Podemos observar que en la primera valoración de vio afectado el requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de aire, el paciente presentó un cuadro de infección respiratoria lo cual podía poner en peligro su integridad por falta de la maniobra de valsalva y por consiguiente dificultad para la movilización de secreciones, sin embargo no requirió hospitalización.

En la segunda valoración se encontraba alterado el requisito de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social debido a que disminuyó su confianza en hecho de portar una sonda talla supra púbica y bolsa recolectora de orina externa.

En la segunda valoración se remitió el requisito de Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. Aún sigue latente la afección del requisito de prevención de peligros para la vida debido a la complejidad del síndrome de Prune Belly. El único requisito que continuara alterado es de previsión de cuidados asociados a los procesos de eliminación urinaria.



12. Plan de alta

Instituto Nacional de Pediatría
Posgrado en Enfermería Infantil

Cuidados al paciente con sonda talla supra púbrica

y

Cuidados al paciente con estreñimiento crónico

Elaboró: L.E. Janett Altamirano Rojas

¿Qué es la sonda talla o catéter urinario suprapúbico?

La sonda talla o sondaje supra púbrico es la colocación quirúrgica de un catéter en la vejiga a través de la pared abdominal por encima del hueso púbrico.



¿Por qué es importante la prevención de infecciones de la sonda talla?

La bacteriuria (bacterias en la orina) conduce a la propagación de los microorganismos a los riñones y, posiblemente, a la bacteriemia o urosepsis (bacterias en el torrente sanguíneo).

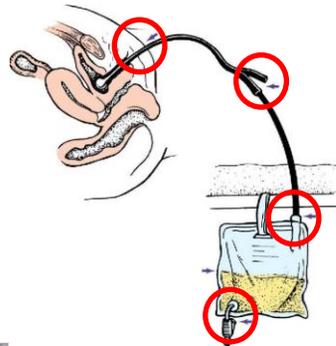
Con un catéter permanente, las bacterias pueden subir por la superficie exterior del catéter sobre la pared uretral o transportarse a través de su luz. La irritación local de la uretra o la vejiga predispone a los tejidos a la invasión bacteriana.

Cualquier procedimiento invasivo de las vías urinarias, como un sondaje, requiere una técnica estéril.

¿Qué cuidados tengo que proporcionarle a mi paciente con sonda talla?

- Lavado de manos antes y después de manipular la sonda talla o la bolsa recolectora de orina.
- Mantener un sistema de drenaje cerrado (sin desconectar ninguno de los componentes del sistema) para minimizar el riesgo de infección. Las bolsas de drenaje estándar son de plástico y tienen capacidad para contener aproximadamente 1.000-1.500 ml de orina. Una rotura en el sistema conlleva la entrada de microorganismos. Los puntos de mayor riesgo son el punto de inserción del catéter, la bolsa de drenaje, la llave, la unión del tubo de la bolsa con la sonda y con la propia bolsa.

Puntos de mayor riesgo para contraer una infección urinaria



- Colgar la bolsa en el marco de la cama, sin tocar el suelo o sobre un recipiente limpio.

- Una alternativa a una bolsa colectora de gran volumen sería una bolsa de pierna de pequeño volumen. Esta bolsa unida a la pantorrilla o el muslo del paciente le proporciona una mayor movilidad. Se usan generalmente durante el día y se sustituyen por la noche por una bolsa de drenaje estándar.
- Se debe utilizar el lavado de manos cuando se cambie de una bolsa de orina de gran volumen a una bolsa de pierna de pequeño volumen frotando el tubo con toallitas antisépticas.
- Cuando el paciente camine, debe sostener la bolsa por debajo de su cintura. Al igual que con las bolsas de pierna, nunca se debe elevar la bolsa por encima del nivel de la vejiga del paciente. La orina almacenada en la bolsa y en el tubo se convierten en un medio para las bacterias y es posible desarrollar una infección si la orina regresa a la vejiga de nuevo.
- Se debe comprobar si hay codos o dobleces en la sonda, evitar que el paciente se coloque sobre ella y observar si hay coágulos o sedimentos que causen obstrucción para asegurarse de que la orina fluye en la bolsa de drenaje. La orina almacenada en la bolsa colectora es un medio propicio para el crecimiento de microorganismos.

- Se debe vaciar la bolsa recolectora de orina cuando está se encuentre a media capacidad o por lo menos cada 8 horas ya que las bacterias crecen en las acumulaciones de orina y pueden ascender por la sonda y causar infección urinaria.

¿Qué consideraciones especiales debemos tener?

- El consumo adecuado de líquidos ayuda a minimizar el riesgo de obstrucción al aumentar el flujo de orina. El catéter suprapúbico debe permanecer permeable en todo momento.
- Se deben monitorizar cuidadosamente las Entradas /Salidas de líquidos del paciente, las características de la orina y detectar signos de infección (p. ej., fiebre y escalofríos, dolor abdominal, intolerancia a la vía oral) y acudir a su médico.
- Se debe cuidar de la piel de alrededor del punto de inserción y corroborar que no haya cambios de coloración, aumento de temperatura o aumento de volumen de la periferia de la zona de inserción de la sonda talla.
- Verificar que el globo de la sonda talla este lleno para evitar la salida accidental de la sonda talla.
- Lavarse las manos perfectamente (si se cuenta con el recurso utilizar guantes después del lavado de manos) y

drenar la orina en un recipiente limpio y exclusivo para el paciente, teniendo la precaución de no tocar las paredes del recipiente para evitar el riesgo de contaminación.

- Realizar aseo diario del sitio de entrada de la sonda y cambiar la sonda 1 vez por mes o lo que le indique el médico.
- Al levantarse a caminar se debe vaciar el contenido del tubo en la bolsa de drenaje para evitar el retorno de la orina a la vejiga.
- Mantener bien fija la sonda para evitar traumatismos y salida accidental de la sonda talla.
- Evitar pinzamiento prolongado de los tubos (seguir indicaciones médicas).
- Detectar signos y síntomas de retención urinaria como son: irritabilidad, llanto dolor a la palpación o a la movilización, disminución del flujo de orina.

¿Qué características debe tener la orina?

- **Color:** El color normal de la orina es un color pajizo pálido o ámbar, dependiendo de su concentración. Suele estar más concentrada por la mañana o cuando se ingieren pocos líquidos. Cuando una persona bebe más líquido, la orina se vuelve menos concentrada.

- **Claridad:** La orina normal aparece transparente en la micción. Posteriormente se vuelve turbia si se almacena en un recipiente. Se debe acudir a la unidad si las características de la orina cambian por ejemplo que sea café, espumosa, rojiza o con sangre visible.
- **Olor:** La orina tiene un olor característico. Cuanto más concentrada está, más fuerte es su olor. La orina retenida huele a amoníaco y es común en los pacientes incontinentes. Algunos alimentos y medicamentos pueden alterar el olor de la orina (p. ej., los espárragos y la amoxicilina). Un olor fétido se asocia a menudo con una posible infección.

Recomendaciones para la prevención del estreñimiento

- Es importante beber de 3 a 8 vasos de agua al día, ya que la fibra actúa mejor en presencia de líquido.
- Ofrecer fruta fresca, con piel, como ciruelas y peras
- Incorporación progresiva de alimentos fuente de fibra predominantemente insoluble, ya que esta fibra es la que colabora con el ablandamiento de las heces y promueve el peristaltismo intestinal.
- La fibra de tipo insoluble se encuentra principalmente en frutas (como ciruelas, uvas, fresas, pitaya, granadilla, mango), leguminosas (arvejas, lentejas, frijoles, garbanzos), vegetales
- (como lechuga, espinaca, acelga, tomate, coles, pimientos) y en cereales integrales o cereales enriquecidos con fibra (prebióticos), así como en los productos elaborados con estos, tales como panes y galletas integrales.
- Las dietas blandas y las dietas bajas en fibra carecen de ese volumen y, por tanto, crean un residuo de productos de desecho insuficiente para estimular el reflejo de la defecación.
- Los alimentos bajos en residuos, como arroz, huevos y carnes magras, se mueven más lentamente en el tubo digestivo por lo que se debe reducir su consumo.
- Algunos alimentos son difíciles o imposibles de digerir para algunas personas. Esta incapacidad da lugar a molestias digestivas y, en determinados casos, a la emisión de heces acuosas.
- Las comidas irregulares también alteran la defecación regular. Los sujetos que comen a la misma hora varias veces al día normalmente tienen una respuesta fisiológica y con un horario regular en relación con la ingestión de alimentos y el patrón habitual de la actividad peristáltica del colon.

- Tener horarios fijos para acudir al baño, sentarse en el inodoro 3-4 veces al día, durante 5 a 10 minutos, contar con un sanitario cómodo, que pueda apoyar los pies mientras está sentado en él y tenga un ambiente libre de temores. Si se logran reunir todas estas premisas, paciente podrá “crear” o “reacondicionar” su hábito de defecación. Por lo anterior, este proceso recibe el nombre de “reacondicionamiento o reentrenamiento intestinal”.
- Enfatizar en el ejercicio físico diario, disminuir el sedentarismo y reducir el número de horas dedicadas al computador, juegos de video y televisión.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Proporcionar 10 ml de lactulosa cada 8 horas hasta restaurar la función intestinal, posterior a ello suspender para evitar episodios diarreicos.

En los niños, las principales complicaciones del estreñimiento son:

- Dolor abdominal recurrente.
- Fisura anorrectal.
- Infección urinaria a repetición.
- Síndrome de estasis: sobrecrecimiento bacteriano.
- Fermentación de carbohidratos.

Por lo anterior es importante prevenir el estreñimiento con las medidas antes descritas.

Ante cualquier aclaración o duda favor de escribir al correo:
jann200987@hotmail.com

13. Conclusiones.

El Especialista en Enfermería Infantil enmarca su profesión en el cuidado del paciente pediátrico en sus diferentes etapas considerando valores, potenciales y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que el paciente y el cuidador primario está enfrentando como cambios en su entorno y pérdida del estado de salud; la Enfermera Especialista colabora para que los pacientes entiendan y tengan el conocimiento de la situación y la importancia de seguir el régimen terapéutico al pie de la letra, lo que permitirá incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de los cuidados, debe buscar la comunicación que la conduzca al paciente a tomar una actitud permanente de acciones positivas. El presente estudio de caso nos permitió conjuntar aún más el juicio clínico con las evidencias científicas encaminadas al restablecimiento de la salud del paciente con déficit de autocuidado, usando nuestra herramienta metodológica que es el Proceso Enfermero apoyados en la Teoría General del Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Evidentemente no podemos cambiar o corregir las malformaciones congénitas, pero podemos intervenir de manera preventiva en el paciente y evitar episodios agudos que lo lleven a la muerte, estas acciones pueden parecer muy simples pero en ocasiones son la diferencia entre la vida y muerte.

El profesional de enfermería debe realizar más investigación para poseer más evidencia científica que nos lleve a una mejor práctica basada en evidencia que beneficiara a los pacientes. En este caso podemos concluir que las intervenciones diseñadas para el paciente con diagnóstico médico de Síndrome de Prune Belly, fueron asertivas reflejadas en el mantenimiento del estado de salud, y modificación del estilo de vida, se redujeron considerablemente los episodios de infección urinaria y respiratoria desde su egreso a su domicilio, ha mejorado su función intestinal aunque intermitentemente presenta episodios de estreñimiento, socialmente está recobrando su confianza y su empatía.

14. Sugerencias.

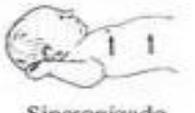
Sugiero aumentar el tiempo de duración de la especialidad en Enfermería Infantil, debido a que el paciente pediátrico tiene diferentes etapas de crecimiento y desarrollo y el estudio de cada una de ellas es complejo, al mismo tiempo, las patologías propias de paciente pediátrico y las respuestas humanas y fisiológicas requieren un estudio minucioso y específico, para poder hacer una mejor aplicación del proceso enfermero lo que nos lleva directamente a tener un mejor seguimiento de los pacientes y la creación de evidencia en la rama de enfermería.

15. Anexos

Anexo 1. Nivel de conciencia.

Nivel de conciencia	Características
Conciencia plena	Despierto y alerta; orientado en tiempo, lugar y persona; conducta apropiada.
Confusión	Alteración de la toma de decisiones.
Desorientación	Confusión con respecto a tiempo, lugar; disminución del nivel de conciencia.
Letargo	Movimientos espontáneos limitados, lenguaje farfullante, somnolencia; se queda dormido con rapidez.
Obnubilación	Se despierta con la estimulación.
Estupor	Permanece en sueño profundo, responde sólo al estímulo vigoroso y repetido; responde con respuestas motoras simples o con quejidos a los estímulos; la respuesta es lenta.
Coma	No hay respuesta motora o verbal a estímulos nocivos o dolorosos, no hay postura de descerebración.
Estado vegetativo persistente	Pérdida permanente de la función de la corteza cerebral; los ojos siguen a los objetos sólo por reflejo o cuando son atraídos en dirección a ruidos fuertes; las cuatro extremidades son espásticas, pero pueden alejarse del estímulo doloroso; las manos se encuentran empuñadas; suelen observarse gesticulaciones; es posible la deglución de algunos alimentos y los niños pueden gemir o llorar, pero no emiten palabras.

Anexo 2. Escala de valoración de Dificultad Respiratoria Silverman

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Asente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Asente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Asente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

0	Sin dificultad respiratoria
1-3	Dificultad respiratoria leve.
4-6	Dificultad respiratoria moderada
7-10	Dificultad respiratoria severa

Anexo 3. Evaluación del estado de hidratación.

	A	B	C
Signos	Bien Hidratado	Deshidratación (2 signos o más)	Choque Hipovolémico
OBSERVE			
Estado General	Alerta	Inquieto o irritable	Inconsciente, hipotónico
Ojos	Normales llora con lágrimas	Hundidos: llora sin lágrimas	Muy hundidos y secos, ausencia de lágrimas
Boca y lengua	Húmedas	Secas, saliva espesa	Muy secas
Respiración	Normal	Rápida o profunda	Muy rápida
Sed	Normal	Aumentada bebe con avidez	Incapaz de beber
EXPLORE			
Signo del pliegue	Normal	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente
Pulso	Normal	Rápido	Débil o ausente
Llenado capilar	2 s	3 a 5 s	>5 s
Fontanela lactante	Normal	Hundida	Muy hundida

Anexo 6. Escala de valoración del dolor FLACC.

Face (Expresión facial)	Normal	0
	Muecas	1
	Afligida	2
Legs (Piernas)	Relajadas	0
	Móviles	1
	Flexión	2
Activity (Actividad)	Normal	0
	Movimientos permanentes	1
	Quieto	2
Cry (Llanto)	Sin llanto	0
	Gemidos	1
	Llanto	2
Consability (Consolabilidad)	No requiere	0
	Distraible	1
	No consolable	2
Interpretación: 0 Relajado y confortable 1-2 Discomfort moderado 4-6 Dolor moderado 7-10 Dolor y/o Discomfort severo		

Anexo 7. Escala de heces de Bristol

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

Anexo 7. Escala de Daniels (Fuerza muscular)

FUERZA MUSCULAR	
0	Sin movimiento muscular.
1	Movimiento muscular visible pero sin movimiento articular.
2	Movimiento articular a favor de la gravedad.
3	Movimiento en contra de la gravedad pero no de la resistencia.
4	Movimiento en contra de la resistencia pero menor de lo normal.
5	Fuerza normal.

Anexo 7. Escala de valoración de riesgo de caídas Downton Modificada

VARIABLE	INDICADOR	PUNTAJE
Edad	Menor de 6 años	3
	Mayor de 6 años	1
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Diuréticos	1
	Sedantes	1
	Hipotensores	1
	Anticonvulsivantes	1
	Relajantes	1
	Hipoglucemiantes	1
	Quimioterapia	1
	Analgesia epidural	1
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones auditivas	1
	Alteraciones visuales	1
	Debilidad muscular	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitado	1
	Irritable	1
	Retraso psicomotor	1
Marcha y equilibrio	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	2
Estado clínico	Normal	0
	Desarticulación	2
	Dispositivos ortopédicos	2
	Dispositivos vasculares	1
	Ayuno prolongado	1
El cuidador conoce las medidas de prevención	Si	0
	No	1

Valoración de riesgo de caída		Puntaje:
Escala de calificación	Puntos	Color de riesgo
Bajo	0-3	Verde
Alto	Más de 3	Rojo

Anexo 8. Escala de Braden para la prevención de Úlceras por Presión

Percepción sensorial		Exposición humedad		Actividad		Movilidad		Nutrición		Riesgo de lesión	
Completamente limitada	1	Constantemente húmeda	1	Encamado	1	Completamente inmóvil	1	Muy pobre	1	Riesgo de úlceras cutáneas	1
Muy limitada	2	Húmeda con frecuencia	2	Ensilla	2	Muy limitada	2	Probablemente Inadecuada	2	Problemas potenciales	2
Ligeramente limitada	3	Ocasionalmente húmeda	3	Deambula ocasionalmente	3	Ligeramente limitada	3	Adecuada	3	No existe problema aparente	3
Sin limitaciones	4	Raramente húmeda	4	Deambula frecuentemente	4	Sin limitaciones	4	Excelente	4		4

Puntuación	Riesgo de úlceras por presión	Valoración
De 15 a 18	Riesgo bajo	Valoración cada 5 días
De 13 a 14	Riesgo moderado	Valoración cada 72 horas
De 10 a 12	Riesgo alto	Valoración cada 24 horas

Anexo 9. Tira reactiva en orina.

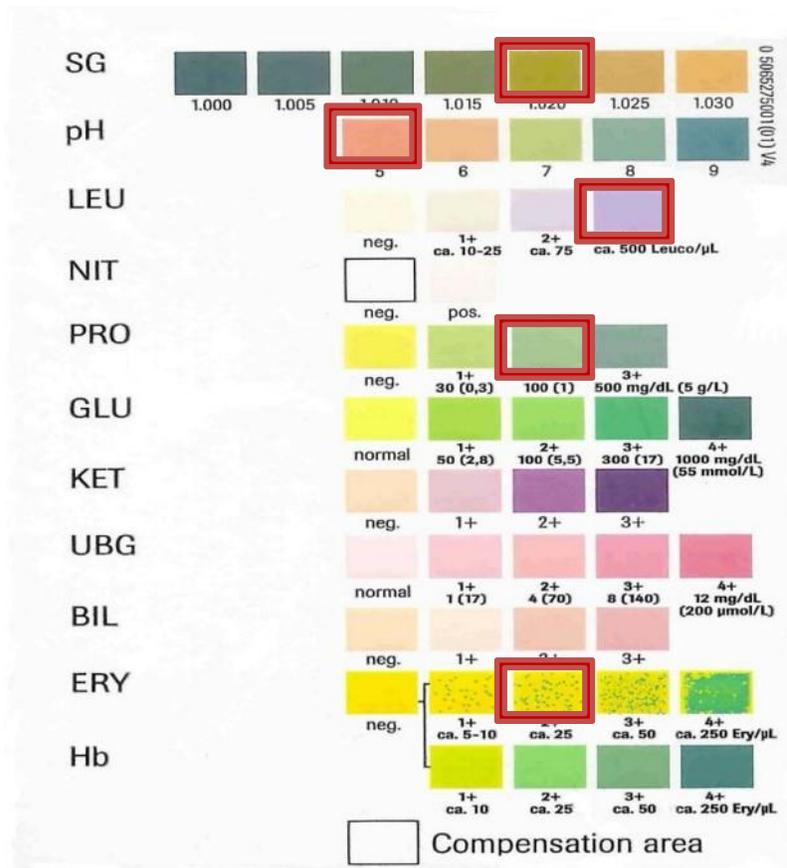


Figura 2. Esquema de la escala colorimétrica para lectura visual de resultados.

Anexo 10. Valoración Denver II

La escala de Denver II valora la actividad motora gruesa, lenguaje, movimientos finos, adaptación y desarrollo personal-social en niños de un mes a seis años de edad.

CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA DE DENVER II
<p><i>Interpretación de la calificación de Denver II.</i></p> <p>Avanzado: Realiza por completo todos los reactivos ubicados a la derecha de la línea de edad (aprobados por menos de 25% de los niños de una edad mayor que el niño).</p> <p>Adecuado: Aprobado, reprobado o rechazo de un reactivo que se cruza con la línea de edad entre las percentilas 25 y 75.</p> <p>Precaución: Reprobó o rechazó realizar reactivos que se cruzan con la línea de edad entre las percentilas 75 y 90.</p> <p>Retraso: Reprobó por completo un reactivo que se encuentra a la izquierda de la línea de edad; también pueden considerarse rechazos las actividades que se encuentran a la izquierda de la línea de edad, porque la razón para el rechazo puede ser la incapacidad para realizar la actividad.</p>
<p><i>Interpretación de la prueba.</i></p> <p>Normal: Sin retrasos y máximo un precaución.</p> <p>Sospechoso: Uno o más retrasos y dos o más precauciones.</p> <p>Incapaz de realizar la prueba: Rechaza por completo uno o más reactivos ubicados a la izquierda de la línea de edad o más de un reactivo que se cruza con la línea de edad en el área de las percentilas 75 a 90.</p>
<p><i>Recomendaciones para envío con el médico por casos sospechosos o por incapacidad para realizar las pruebas.</i></p> <p>Repetir los exámenes de detección en unas dos semanas para descartar factores transitorios.</p> <p>Si en una nueva prueba se considera sospechoso o incapaz de realizar la prueba, se emplea el juicio clínico con base en los siguientes aspectos: número de precauciones y retrasos; cuales son los reactivos que hacen surgir las precauciones y retrasos; tasa de desarrollo en el pasado; datos de la anamnesis y exploración física y disponibilidad de envío al sitio apropiado</p>

INTERPRETACIÓN Y ENVÍO PARA LA VALORACIÓN

Explicar a los padres que la prueba Denver II no es una prueba de inteligencia, sino un método sistemático para valorar el desarrollo actual del niño. Se hace énfasis en que no espera que el niño lleve a cabo todos los reactivos de la prueba.

Para instruir áreas relativas de avance y retraso, deben aplicarse suficientes reactivos para establecer los niveles basal y máximo en cada sector.

Al calificar los reactivos apropiados con términos como “aprobado”, “reprobado”, “rechazado” o “sin oportunidad y las calificaciones relativas toman en consideración la edad del niño.

Para identificar motivos de precaución, todos los reactivos se comparan con la línea de edad a la que fueron aplicados.

Para la detección del retraso en el desarrollo, sólo se aplican en su totalidad los reactivos ubicados a la izquierda de la línea de edad del niño.

VALORACIÓN DEL LENGUAJE Y DEL HABLA

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE Y DEL HABLA			
Edad en años	Desarrollo normal del lenguaje	Desarrollo normal del habla	Inteligibilidad
1	Dice 2 o 3 palabras con significado Imita sonidos de animales.	Omite la mayor parte de las consonantes finales y algunas consonantes iniciales. Sustituye las consonantes m, w, p, b, k, g, n, d y h por sonidos más difíciles.	Por lo general no comprende más de 25% por persona que no tiene contacto estrecho con el niño. Gran parte del lenguaje no es comprensible a los 18 meses de edad.
2	Utiliza frases de 2 o 3 palabras. Tiene un vocabulario de casi 300 palabras. Utiliza palabras “yo”, “mío”, “tú”.	Utiliza las consonantes antes mencionadas con vocales pero con inconsistencias y con gran sustitución. Omisión de consonantes finales. Hay retraso de la articulación de las palabras con relación al desarrollo del vocabulario.	A los 2 años de edad, 50% del lenguaje es inteligible en el contexto de la situación.
3	Dice 4 o 5 palabras en oraciones. Tiene un vocabulario de casi 900 palabras. Utiliza “quién”, “que” y “dónde” cuando hace preguntas. Utiliza plurales, pronombres y preposiciones.	Domina los sonidos de las letras b, t, d, k y g; el sonido de las letras r y l podría no ser muy claro, omite o sustituye los sonidos con la letra w. Son comunes las repeticiones y titubeos	A los 3 años, 75% del lenguaje es inteligible.
4-5	Tiene vocabulario de 1 500 a 2 100 palabras. Es capaz de utilizar la mayor parte de las formas gramaticales en forma correcta, por ejemplo verbos en pasado o con la palabra “ayer”. Utiliza oraciones completas con sustantivos, verbos, preposiciones, adjetivos, adverbios y conjunciones.	Domina los sonidos de las letras f y y, pero puede distorsionar los sonidos de r, l, s, z, sh, ch, y y. Poca o ninguna omisión de las consonantes iniciales o finales.	El lenguaje es inteligible en el 100%, aunque algunos sonidos podrían ser imperfectos.
5-6	Tiene vocabulario de 3 000 palabras. Comprende las expresiones con “si condicional”, “porque” y “por que”	Domina los sonidos de r, l; puede distorsionar los sonidos de s, z, sh, ch y j (los cuales suele dominar para los 7 u 8 años.	

INDICIOS PARA DETECTAR TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

INCAPACIDAD PARA HABLAR	TRASTORNOS DEL LENGUAJE
<p><i>Asignar un significado a las palabras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Las primeras palabras se pronuncian después del segundo cumpleaños. • El tamaño del vocabulario es reducido para la edad o no muestra un incremento estable. • Dificultad para describir características de objetos, aunque puede ser capaz de nombrarlos • Uso infrecuente de palabras modificadoras (adjetivos, adverbios). • Uso excesivo de lenguaje inteligible después de los 18 meses de edad. <p><i>Organización de las palabras en oraciones.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Las primeras oraciones nos se pronuncian antes del tercer cumpleaños. • Oraciones cortas e incompletas. • Tendencia a omitir palabras (artículos, preposiciones). • Uso inadecuado de formas verbales como ser, estar, hacer, poder. • Dificultad para comprender y elaborar preguntas. • Alcanza un estado estable en el nivel de desarrollo; utiliza patrones de lenguaje fáciles. <p><i>Alteración de las formas de las palabras.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Omisión de las terminaciones en plural y en otros tiempos verbales. • Uso inapropiado de plurales y determinaciones en otros tiempos verbales. • Uso impreciso de las palabras en posesivo. 	<p><i>Tartamudeo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Repeticiones evidentes de sonidos, palabras o frases después de los 4 años de edad. • Frustración evidente cuando intenta comunicarse. • Demostraciones de conductas de falta de control de los movimientos cuando habla (sacudidas de cabeza, parpadeos, repeticiones, lenguaje). • Vergüenza con respecto a su propio lenguaje. <p><i>Deficiencia en la articulación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conversación ininteligible a los tres años de edad. • Omisión de las consonantes al inicio de palabras a los tres años de edad o de la finalización de las mismas a los 4 años. • Persistencia de los trastornos de articulación después de los siete años. • Omisión de sonidos en situaciones en los que éstos deberían percibirse. • Distorsión del sonido. • Sustitución de un sonido incorrecto por uno correcto. <p><i>Trastornos de la voz</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en el tono (demasiado agudo, demasiado grave, en especial para la edad y género); monotonía. • Desviaciones en la intensidad del lenguaje. • Alteraciones en la calidad (voz nasal, falta de resonancia).

GUÍAS PARA ENVÍO AL MÉDICO DE LOS NIÑOS CON TRASTORNOS EN LA COMUNICACIÓN

Dos años de edad:

- Incapacidad para hablar con palabras con significado en forma espontánea.
- Uso consistente de gestos más que del lenguaje hablado.
- Dificultad para obedecer órdenes verbales.
- Incapacidad para responder en forma consistente a los sonidos

Tres años de edad:

- El lenguaje es ininteligible en su mayor parte.
- Incapacidad para utilizar frases de tres palabras o más.
- Omisión frecuente de las consonantes iniciales.
- Uso de vocales más que de consonantes.

Cinco años de edad:

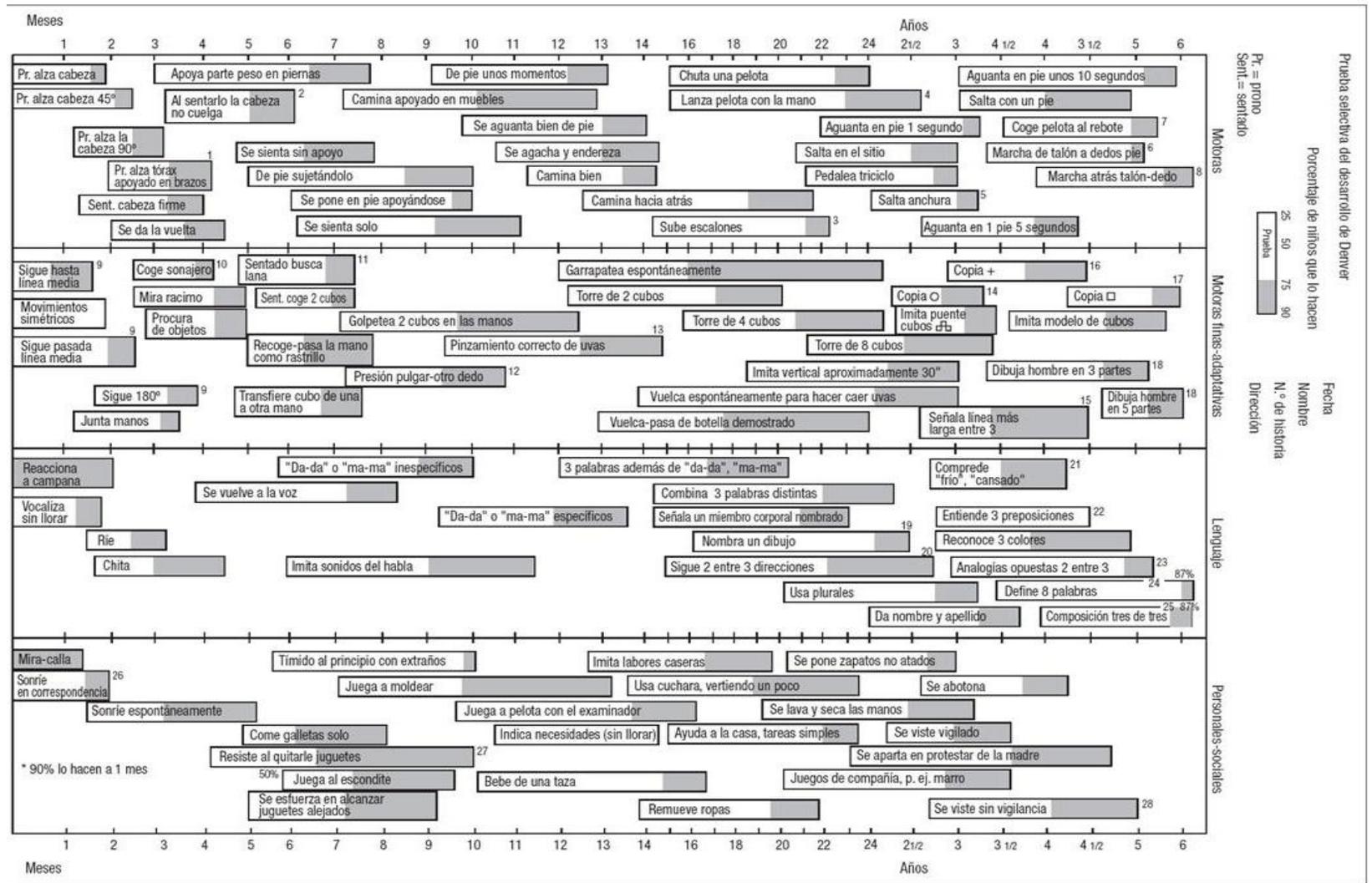
- Tartamudeo u otro trastorno similar.
- Alteración notable en la estructura de las oraciones.
- Sustituye con facilidad sonidos producidos por otros sonidos más difíciles.
- Omite los finales de las palabras (plurales, variantes de tiempos verbales, etc.)

Edad escolar:

- Mala calidad de la voz (monótona, intensa, apneas perceptible).
- Tono inapropiado para la edad y género.
- Distorsiones, omisiones o sustituciones de ruidos después de los siete años de edad.
- El lenguaje se caracteriza por el uso inusual de confusiones o inversiones.

General:

- Todo niño con signos que sugieran trastorno auditivo.
- Todo niño que se sienta avergonzado o trastornado por su propia voz.
- Padres que tienen preocupación excesiva o que ejercen presión sobre el niño para que hablen a un nivel más adelantado al de su propiedad.



Escala de Denver

16. Referencias Bibliográficas.

-
- ¹ Seidel N, Arlen A. Clinical Manifestations and Management of Prune-belly Syndrome in a Large Contemporary Pediatric Population. *Urology* 2015; 85(1): 211-215.
- ² Saura M C, Brito E, Duménigo D, Viera I, González G R. Malformaciones renales y del tracto urinario con daño renal en pediatría. *Rev Cub Ped* 2015; 87(1): 40-49.
- ³ León M, Acosta J, Cárdenas L. Síndrome de Prune Belly: cirugía para mejoría estética y reconstrucción abdominal. *Cir. Plást. Ibero-latinoam* 2015; 41(2):175-178.
- ⁴ Ortega PE, Barroso ED. Estreñimiento. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl.* 2013;(22):61-70.
- ⁵ Benito J I. Silva J C. Hipoacusia: identificación e intervención precoces. *Ped Int.* 2013; XVIII(5): 330-342.
- ⁶ Quesada CA, Justicia DM, Romero LM, García BM. La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. *Int Jour Dev Educ Psysc.* 2014; 4(1):569-576.
- ⁷ Potter AP, Perry GA, Stockert AP, Hall M A. *Fundamentos de enfermería.* 8ª Edición. España: Elsevier; 2015. p. 1.
- ⁸ UNAM-ENEO. *Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado.* Antología. 2ª Edición. México 2009. p 37.
- ⁹ Kérrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero.* Barcelona: Elsevier Masson; 1996.p. 146.
- ¹⁰ Morán PL, Guillén VR. Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería. UNAM-ENEO; 2015. p.26.
- ¹¹ Martínez G L, Olvera-Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. *Rev Enf Inst Mex Seg Soc* 2013; 19 (2): 106.

-
- ¹² Berman J A, Snyder S. Fundamentos de enfermería. 9ª Ed. Vol II. Madrid: Pearson Educación; 2013. p. 41.
- ¹³ Reyes G E. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. 2ª Ed. México: El manual moderno; 2015.
- ¹⁴ Cutcliffe J, McKenna H, Hyrkäs. Modelos de enfermería. Aplicación práctica. México: El manual moderno; 2011.
- ¹⁵ Huamán SN, Miranda AA, Vázquez RJ, Luzgarda GB, García PA, Arteaga LL. Utilización de modelos y teorías de enfermería de escuelas del ser humano unitario y Caring en servicios del hospital María Auxiliadora. Rev Cient Cien Sal. 2015; 8(1): 21-28.
- ¹⁶ Raile AM, Marriner T A. Modelos y teorías en enfermería. 8ª edición. Barcelona España: Elsevier; 2014. P. 265-285.
- ¹⁷ Pereda A M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol. 2013; 10(3): 163-167.
- ¹⁸ Prado S LA, González R M, Paz GN, Romero B K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron.2014; 36(6): 840.
- ¹⁹ Alfaro LR. Aplicación del proceso enfermero: Fundamento del razonamiento clínico. 8ª Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 3.
- ²⁰ Valverde MI, Mendoza CN, Peralta RC. Enfermería pediátrica. México: Manual Moderno. 2013. p 7.
- ²¹ Wilson D, Hockenberry M. Manual de Enfermería de Wong. 7ª Edición. México: MacGraw Hill. p 4.
- ²² Doenges EM. Frances MM. Proceso y diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones.1ª Ed. México: El Manual Moderno, 2014. p. 49.
- ²³ Morán AV, Mendoza RL. Proceso de Enfermería. México: Trillas. 2012. p. 162.
- ²⁴ González PM, Mirón OD, Cotiello CY, Peñacoba MD, Arias BS, et.al. Guía de metodología y diagnósticos de enfermería. España: SEAPA. 2013. pp 40-42.

-
- ²⁵ Navarro PY, Castro SM. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del Proceso de Enfermería. *Enf Glob.* 2010; (19): pp 2.
- ²⁶ Bustamante C G, Quelca A M. Síndrome de Prune Belly. *Rev Act Clin.* 2014; 46: 2447-2448.
- ²⁷ Tanagho E. McAninch J. Urología general de Smith. 13ª Edición. Manual Moderno: México. 2014.
- ²⁸ Ceballos L J, Gómez C J. Síndrome de abdomen en ciruela pasa: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol.* 2015; 75(4): 220.
- ²⁹ Wein JA. Campell-Walsh Urología. 10ª ed. México: El Manual Moderno; 2015. Tomo 4. p. 3331.
- ³⁰ Mata L, Chávez-Ocaña S. Síndrome de Prune Belly: revisión de la literatura a propósito de un caso. *Rev Hosp Jua Mex* 2013; 80(2): 134-137.
- ³¹ Ávila M J. Delgado Q E, Uriostegui E L. Síndrome de Prune Belly. *Aten Fam.* 2016; 23(4):163.
- ³² Maita F, Panozo S, Verástegui D, Hochstatter E, Niño de Guzmán O, Zegarra W. Síndrome de Prune Belly: diagnóstico y manejo pre y posnatal. *Gac Med Bol* 2013; 36 (1): 35-38.
- ³³ http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_ley_nacional.pdf.
- ³⁴ Carta Europea de los Derechos de los niños y las niñas hospitalizados.
- ³⁵ Alba H M. Fundamentos de enfermería. 2ª Ed. México: Trillas; 2015. pp 48.
- ³⁶ CONAMED [Consultado el 16 de Diciembre del 2015] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
- ³⁷ Salamanca CA. El a e i o u de la investigación en enfermería. España: Fuden; 2013. p. 70.
- ³⁸ Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico de CIE para la Profesión de Enfermería. Ginebra, Suiza. 2000. p. 7.

-
- ³⁹ Secretaria de salud [Consultado el 28 de Diciembre del 2015] Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cie/.
- ⁴⁰ Hamill ME. Tanatología y Bioética. México: Corporativa Intermédica SA. 2015; p 105-122.
- ⁴¹ Ávila M J, Delgado Q E, Uriostegui E L. Síndrome de Prune Belly. Aten Fam. 2016; 23(4):163.
- ⁴² Maita F, Panozo S, Verástegui D, Hochstatter E, Niño de Guzmán O, Zegarra W. Síndrome de Prune Belly: diagnóstico y manejo pre y posnatal. Gac Med Bol 2013; 36 (1): 35-38.
- ⁴³ Bustamante C G, Quelca A M. Síndrome de Prune Belly. Rev Act Clin. 2014; 46: 2447-2448.
- ⁴⁴ Linnard-Palmer L. Notas de pediatría. México: McGraw-Hill Interamericana. 2012. p. 69.
- ⁴⁵ Montesinos H. Crecimiento y antropometría aplicación clínica. Acta Ped Mex 2014; 35:159-165.
- ⁴⁶ Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de enfermería para la valoración y manejo del dolor agudo en pacientes de 3 a 6 años. Catálogo maestro de guías de práctica: IMSS-796-16.
- ⁴⁷ Guía de diagnóstico y manejo de retención urinaria. Organización Panamericana de la salud.
- ⁴⁸ Guía de Práctica Clínica. Abordaje y manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con Retención Aguda de Orina. Catálogo maestro de guías de práctica: IMSS-559-12.
- ⁴⁹ Lombardo A E. Abordaje pediátrico de las infecciones de vías urinarias. Acta Pediatr Mex. 2018; 39(1):85-90.
- ⁵⁰ Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de enfermería para la valoración y manejo del dolor agudo en pacientes de 3 a 6 años. Catálogo maestro de guías de práctica: IMSS-796-16.

⁵¹ Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la fiebre sin signos de focalización en los niños de 3 meses hasta los 5 años de edad. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica: IMSS-350-13.

⁵² Asociación Española de Pediatría (AEP). Protocolos diagnóstico-terapéuticos. España : 2014. Infectología Pediátrica. Fiebre sin foco.

⁵³ Guía de Práctica Clínica. Prevención diagnóstico y tratamiento de las infecciones urinarias no complicadas en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica: SS-027-08.

⁵⁴ Guía de Práctica Clínica. Abordaje diagnóstico del estreñimiento en niños. Catálogo maestro de guías de práctica: IMSS-643-13.

⁵⁵ Tabbers MM, Di Lorenzo C. Recomendaciones de ESPGHAN y Las guías de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN, por su sigla en inglés) basadas en evidencia para la evaluación y tratamiento del estreñimiento funcional en infantes y niños. 2014

⁵⁶ Daza CW, Mora QD, Dadán MS. Estreñimiento crónico. CCAP 9 (1); 25-43.

⁵⁷ Guía de Práctica Clínica. Abordaje diagnóstico de las malformaciones de vías urinarias en el niño. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica: IMSS-625-13.

⁵⁸ Guía de Práctica Clínica. Prevención diagnóstico y tratamiento de la Infecciones de Vías Urinarias no complicadas en menores de 18 años en el primer y segundo niveles de atención. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica: SS-027-08

⁵⁹ Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de enfermería en instalación de sonda vesical en el paciente adulto en segundo y tercer nivel de atención. Catálogo maestro de guías de práctica: ISSSTE-2016.

⁶⁰ Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías respiratorias superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta los 18 años de edad. Catálogo maestro de guías de práctica: IMSS-062-08.

⁶¹ Saldías F, Díaz F. Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria. Rev Chil Enf Resp 2013; 28: 189-198.

⁶² American Heart Asociación. Pediatric Advanced Life Support Provider Manual. 2015.

⁶³ Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de enfermería para la valoración y manejo del dolor agudo en pacientes de 3 a 6 años. Catálogo maestro de guías de práctica: IMSS-796-16.