



UNIVERSIDAD OLMECA
Raíz de sabiduría

UNIVERSIDAD OLMECA

**INCORPORACION CLAVE 8964 – 62 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

PROCESO DE ENFERMERIA EN UN ESCOLAR CON EPILEPSIA,
EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DEL SURESTE DE MEXICO

PROCESO DE ENFERMERIA

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

ANAHI SANCHEZ VIDAL

ASESOR:

M. C. S. P. YARA MARIA VIDAL MAYO

VILLAHERMOSA TABASCO

ENERO 2024



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.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por siempre estar conmigo y mandado su bendición en mi vida, por guiarme a lo largo de nuestra existencia y llenarme de fortaleza en los momentos más difíciles.

Agradezco a la Universidad olmeca por brindarme la oportunidad de culminar mis estudios y realizar mi Licenciatura en Enfermería. Agradezco mis compañeros de la universidad por ayudarme y hacerme parte de cada una de su amistad.

Agradezco con todo respeto a mi asesora como una muestra de mi cariño y agradecimiento por todo el apoyo brindado y porque hoy veo llegar a su fin una de las metas de mi vida, le agradezco la orientación que siempre que me ha brindado y también la paciencia y apoyo en elaboración de este presente trabajo de investigación.

Agradezco a todos los docentes de la Licenciatura de Enfermería que laboran Universidad Olmeca. Gracias por todas las enseñanzas, especialmente por esas que me dieron apoyo a formarme como persona.

DEDICATORIA

Dios:

Siempre me has acompañado a lo largo de mi vida y sin pedirme nada a cambio hoy me regala la alegría de ver realizando mis sueños, guarda mi corazón y guíame día con día en mi camino.

A mi madre:

Ella me dando su mayor gratitud por todos los esfuerzos, sacrificios para que yo pudiera terminar mi carrera profesional y sobretodo sus experiencias de la carrera de Licenciatura de enfermería. Por las lágrimas y sudor que seguramente has derramado a lo largo de mi vida y sobretodo la carrera y enseñarme luchar a pensar de los tropiezos que he recibido me ayudaste a levantarme, este triunfo es por nosotros.

A mi padre:

Le agradezco mucho por su paciencia, sus esfuerzos y su apoyo he obtenido mis logros y que hare más adelante voy a tener. Solo espero que comprendan mis pensamientos, mis esfuerzos que he obtenido. Muchas gracias por todo padre.

A mis hermanas:

Tengo la fortuna de tener dos hermanas en mi vida, porque nos juntamos nos volvemos cómplices en nuestras vidas, compartir mi infancia con ellas y también en nuestra vida adulta. Muchas gracias por siempre apoyarme y poder recorrer este camino con ustedes hermanas.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
DEDICATORIA.....	3
II.- INTRODUCCIÓN.....	7
III.JUSTIFICACIÓN.....	9
IV.-OBJETIVOS.....	10
4.1. GENERAL.....	10
4.2. ESPECIFICOS.....	10
V. METODOLOGIA.....	11
VI. MARCO TEÓRICO.....	12
6.1. Enfermería como profesión disciplinaria.....	12
6.2. El cuidado como objeto de estudio.....	14
6.3. Proceso de atención de enfermería.....	15
6.4. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.....	17
6.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado.....	21
6.5. Etapas del proceso de atención de enfermería.....	31
6.5.1. Valoración.....	31
6.5.2. Diagnostico.....	32
6.5.3. Planificación.....	34
6.5.4. Ejecución.....	37
6.5.5. Evaluación.....	39
6.6. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA.....	39
6.6.1. La Epilepsia.....	39
6.6.2. Principales manifestaciones (signos y síntomas)	40
6.6.3. Tipos de medicamentos anticonvulsivos.....	41
6.6.4. Efectos secundarios de los medicamentos anticonvulsivos.....	42
6.6.5. Fármacos para la prevención de convulsiones.....	44
6.6.6. Desnutrición.....	45

6.6.7. Etapa subclínica. Fisiopatogenia.....	46
6.6.8. Signos y síntomas.....	49
6.6.8. Complicaciones.....	50
VII. RESUMEN DEL CASO CLINICO.....	56
FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	56
CASO CLÍNICO.....	57
VIII. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	58
8.1. Valoración clínica del sujeto de cuidado.....	58
8.2. Diagnósticos de enfermería según el caso.....	65
8.3. Planificación de intervenciones.....	72
8.4. Ejecución de intervenciones.....	70
8.4.1. Planificaciones de intervenciones.....	70
8.5. Evaluación.....	72
8.5.1. Planificaciones de intervenciones.....	73
8.5.2. Evaluacion.....	75
8.5.3. Planificaciones de intervenciones.....	77
8.5.4. Evaluacion.....	78
8.5.5. Planificaciones de intervenciones.....	79
8.5.6. Evaluacion.....	81
8.5.7. Planificaciones de intervenciones.....	82
8.5.8. Evaluacion.....	84
8.5.9. Planificaciones de intervenciones.....	85
8.5.10 Evaluacion.....	88
8.5.11. Planificaciones de intervenciones.....	89
8.5.12. Evaluacion.....	97
IX.-PLAN DE ALTA.....	98
X.-CONCLUSION.....	102
XI.BIBLIOGRAFIA.....	103

XII.GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	105
12.1. Glosario de terminos.....	105
ANEXOS.....	109
ANEXO 1 Guia De Valoración.....	110
ANEXO 2 Piramide De Necesidades De Maslow.....	120
ANEXO 3 Triptico De Epilepsia.....	121

II.-INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método sistemático centrado en el paciente para estructurar la administración de la asistencia de enfermería. El proceso de enfermería conlleva la obtención y el análisis de los datos con el fin de identificar los puntos fuertes del paciente y sus problemas de salud potenciales o reales y el desarrollo y revisión continuos de un plan de intervenciones de enfermería para conseguir resultados acordes entre sí. En todos los estadios del proceso, el profesional de enfermería trabaja con el paciente para individualizar la asistencia y construir una relación de confianza y respeto mutuos. (Barbara Kozier)2008.

La epilepsia, es un trastorno se caracteriza por crisis repetitivas consistentes en contracciones musculares breves y en ocasiones simétricas con pérdida del tono corporal y desplome o caída hacia delante, lo que puede causar lesiones en la cara y boca. (Nelson)2020

El presente trabajo tubo como finalidad la realización del proceso de atención de enfermería brindando una atención integral e individualizada a través de cuidados específicos al paciente pediátrico en edad escolar con diagnostico medico de epilepsia, también conocido trastorno de convulsiones. En un hospital pediátrico del sureste de México.

Así mismo es importante dar a conocer dicho trabajo con el objetivo que sirva como referente a otros profesionales del área para establecer el cuidado de la enfermera al paciente pediátrico con epilepsia aplicando la teoría de Marjory Gordon de 11 patrones funcionales, cubriendo las necesidades básicas del mismo, empleando las taxonomías NANDA, NOC, NIC que ayuden a establecer un plan de cuidados de enfermeros.

En este escrito, también, se describen las etapas de proceso cuidado enfermera, las cuales son, valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación, así como la elaboración de un caso clínico y un plan de cuidado. El cual se encargará de evaluar e

identificar las necesidades de este mismo y de igual forma satisfacer y garantizar el estado el óptimo estado de salud.

En este trabajo integró una base científica para su aplicación en la práctica profesional, ya que se trata de una escolar que requiere de la atención de enfermería y de cuidados especializados, dado que es un escolar que epilepsia esta enfermedad tiene complicación a nivel cerebral que lo conlleva a una discapacidad de por vida; es por ello la importancia de que el personal de enfermería esté preparado con conocimientos científicos y especializados, para realizar seguimiento en la prescripción del cuidado, del paciente pediátrico.

III.-JUSTIFICACIÓN

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica no transmisible que afecta a unos 50 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por convulsiones recurrentes, que son episodios breves de movimiento involuntario que pueden involucrar una parte del cuerpo (parcial) o todo el cuerpo (generalizado) y en ocasiones se acompañan de pérdida de conciencia y control de la función intestinal o vesical. Es por ello que la elección de este tema surgió para conocer en el área pediátrica y como una crisis convulsiva puede afectar el estado de salud del paciente, por eso es importante una intervención oportuna por parte del personal de enfermería y así evitar la descompensación en el paciente pediátrico.

El Proceso Enfermero ayuda al profesional de enfermería a realizar el plan de cuidados correcto en los pacientes con epilepsia de manera oportuna y precisa, además brinda estrategias para disminuir las secuelas que ocasiona esta afección de manera que alcance una pronta recuperación el paciente.

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron la teoría de los patrones funcionales de valoración de Marjory Gordon, así como las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

IV.-OBJETIVOS

4.1.-GENERAL:

Aplicar el proceso de atención de enfermería a un paciente en edad escolar con diagnóstico médico de epilepsia, utilizando el modelo de Marjory Gordon de 11 patrones funcionales, en un hospital pediátrico del sureste de México

4.2.- ESPECIFICO:

- Valorar mediante la entrevista y exploración física al paciente en edad escolar, utilizando la guía de valoración de los 11 patrones funcionales.
- Determinar las principales necesidades reales y potencial, obtenidas durante la entrevista, observación y examen físico con la finalidad de construir los principales diagnósticos que están alterados de la persona con epilepsia.
- Identificar los diagnósticos enfermeros (reales, de riesgo y de bienestar), presentes en la persona con epilepsia con el apoyo de la Taxonomía NANDA.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería mediante el establecimiento de las necesidades prioritarias, así como selección de intervenciones de enfermería con el propósito de promover el bienestar de la salud del niño en edad escolar con epilepsia.
- Evaluar los cambios de progreso del estado de salud de la persona, con diagnóstico de epilepsia.

V. METODOLOGIA

La realización de este trabajo de investigación del proceso enfermero se llevó a cabo en un hospital pediátrico del sureste de México, seleccionando a un paciente del sexo femenino en edad escolar con epilepsias, se utilizó la metodología del proceso enfermero así como la teoría de Marjory Gordon durante la etapa de valoración, el instrumento que se utilizó que facilitó la recolección de la información fue la guía de valoración de enfermería por patrones funcionales para el usuario pediátrico, otorgado por la Universidad Olmeca en base a los 11 patrones de Marjory Gordon.; la recolección de los datos se realizó por medio del expediente clínico, entrevista al cuidador primario y valoración integral del paciente en edad escolar a través de la observación, exploración física (inspección, auscultación, palpación y percusión), validación de datos y organización. con previa autorización de la madre quien firmó el consentimiento informado. Posteriormente, se analizaron los datos obtenidos y se emitieron diagnósticos de enfermería; para su desarrollo se puso en práctica el pensamiento crítico. Así mismo, durante la evaluación se logró identificar el cumplimiento de los objetivos planteados en cada uno de los diagnósticos emitidos, se realizó un plan de alta de enfermería, para el cuidado en su domicilio.

VI. MARCO TEORICO

6.1. Enfermería como profesión disciplinaria

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

Como ciencia retoma la filosofía, ontología, epistemología y ética, para reflexionar sobre los interrogantes de la misma, qué es Enfermería, cuál es su naturaleza, cuál es su objeto de estudio, como nos aproximamos a dicho sujeto y objeto de cuidado, cuáles son sus conceptos centrales y como se puede actuar en Enfermería; pues aproximándonos al conocimiento de los interrogantes anteriores, reconocemos el camino para desarrollar un cuerpo de conocimientos (ciencia-disciplina) y poder actuar (práctica-profesión) en Enfermería. La Enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores y expectativas personales y sociales.

Las concepciones de Florence Nightingale fueron influenciadas de los presupuestos filosóficos defendidos por Hipócrates en Grecia Antigua, 400 a.C., de esas observaciones resultaron sus premisas sobre la interrelación del ser humano-medio ambiente y la condición de enfermar como resultado del desequilibrio de esa relación; tanto Nightingale como Hipócrates reconocían las fuerzas curativas inherentes al poder curativo de la naturaleza.

Nightingale a partir de sus observaciones en el cuidado de Enfermería mostró que estar enfermo tenía parte de su origen en la pobreza, desnutrición y condiciones insalubres de la época (condiciones de guerra); Nightingale fue una enfermera con capacidad de conectar la condición de enfermar con los factores medio ambientales y más allá, con los determinantes del bienestar de las personas como son: políticas de estado, lo socioeconómico y cultural.

Las observaciones de Nightingale, la utilización del método inductivo, la empírica, la sistematización de sus datos ofrece evidencia inicial del desarrollo de la Enfermería como ciencia; pues, si la ciencia desde una concepción filosófica se hace preguntas por la finalidad del objeto de estudio, Nightingale lo hace evidente al conceptuar explícitamente e implícitamente sobre las leyes de la vida, la importancia del medio ambiente en la curación del enfermo, el ser humano, enfermería y salud-enfermedad; es decir, comprendió con todo aquello que interactuó: salud, enfermedad, medio ambiente, persona y enfermería, se puede decir, que aquí aplica, el concepto de conocimiento como la consecución o percepción de la realidad adquirida a través de la investigación.

La ciencia de Enfermería genera teorías para capacitar a las enfermeras profesionales, en el control de la práctica. La ciencia de la Enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de Enfermería (cuáles son sus preocupaciones, la naturaleza de los fenómenos que se dan, como se relacionan, cuáles y como se definen sus paradigmas, sus campos de actuación). Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

El surgimiento de la ciencia de Enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y la sociedad para que la Enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias. La actuación de la enfermera en su profesión-práctica, la expone a aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético.

6.2.El cuidado como objeto de estudio

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

6.3. Proceso de atención de enfermería

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias.

Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución Y Evaluación.

En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Y si comentamos las ventajas, estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la

enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso.

6.4. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE

MARJORY GORDON: (10 de noviembre de 1931-29 de abril de 2015) fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (Gordon's functional health patterns). fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda viviente» por la misma organización en 2009.

Fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts, fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros (Manual of Nursing Diagnosis), actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico.

Modelo Marjory Gordon: Los patrones funcionales de Marjorie Gordon estos fueron creados en los años 70 quien los define como una herramienta necesaria para las personas que contribuyen al servicio de la salud cambiando la calidad de vida saludable para la población proporcionando una valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidado o la patología.

La implantación progresiva del Proceso de Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, con la estandarización y sistematización de estos y la utilización de un lenguaje normalizado, han contribuido al gran avance que ha experimentado la práctica enfermera en los últimos años.

Este proceso se ha basado en una serie de elementos básicos: por una parte, la informatización de los cuidados y la utilización de los patrones funcionales de valoración de M. Gordon y las taxonomías NANDA, NOC y NIC como base de conocimiento que sustenta el programa informático.

La valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras, es decir, para llegar al diagnóstico de enfermería.

Constituye un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación de esta que implica toma de decisiones en aspectos como la determinación de aquella información relevante en nuestra área competencial de cuidados, la existencia del mayor grado de evidencia en las distintas herramientas utilizadas para las valoraciones (escalas, test, cuestionarios, etc.) y el enfoque hacia la respuesta humana integral y global ante un problema de salud.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta. Se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

Consideraciones en enfermería. Las enfermeras, para realizar aquellas funciones que nos son propias, necesitamos organizar nuestro trabajo; esta estructuración la efectuamos mediante una herramienta muy útil que es el Proceso Enfermero. La valoración es la primera fase de este proceso, y la base de las demás. La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad. Existen diversos tipos de valoración dependiendo del modelo enfermero; en nuestra Comunidad Autónoma se ha optado por el modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon esto porque define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano. Estos se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de estos.

La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.

6.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado

Patrón de Percepción y Manejo de la Salud:

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Este patrón se valora obtener información del motivo del ingreso, información que tiene de su enfermedad y percepción de esta, historia de enfermedades y antecedentes quirúrgicos, alergias. Por tanto, se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc). En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Patrón de Nutrición y Metabolismo:

Se refiere a la ingesta de alimentos, el metabolismo y los patrones de eliminación que pueden afectar la salud. Este patrón se enfoca en la relación entre los nutrientes que una persona consume y cómo el cuerpo los procesa y utiliza.

Algunas características de este patrón incluyen:

- Ingesta inadecuada de nutrientes esenciales, como vitaminas y minerales
- Consumo excesivo de alimentos procesados y altos en grasas, azúcares y sodio
- Dificultades para controlar la ingesta de alimentos y el peso corporal
- Alteraciones en los patrones de eliminación, como estreñimiento o diarrea

- Problemas de metabolismo, como la diabetes, hipotiroidismo o hiperlipidemia
- Dificultades para seguir un plan de alimentación adecuado debido a factores económicos, culturales o de tiempo
- Alteraciones en el apetito y la saciedad, como la falta de apetito o la compulsión alimentaria

Exploración:

- **Piel:** observar la presencia de prominencias óseas, lesiones, coloración y sequedad, que pueden indicar desnutrición o malnutrición.
- **Mucosa oral:** examinar la boca en busca de signos de desnutrición, como úlceras, sequedad y lesiones.
- **Dientes:** revisar la higiene oral, la oclusión y la presencia de caries, prótesis o falta de piezas dentales, lo que puede interferir con la capacidad del paciente para masticar y digerir los alimentos.
- **Peso y talla actuales:** medir estos parámetros para determinar el estado nutricional del paciente.
- **Índice de masa corporal (IMC):** calcular el IMC del paciente para evaluar el grado de obesidad o desnutrición.
- **Temperatura:** medir la temperatura para detectar posibles infecciones o inflamaciones que puedan afectar la nutrición del paciente.
- **Glucemia:** realizar una prueba de glucemia para evaluar el control de la diabetes, si el paciente la padece.

- **Alimentación artificial:** investigar si el paciente recibe alimentación enteral o parenteral, lo que puede requerir ajustes en la dieta y la medicación.
- **Historia clínica y alimentaria previa:** conocer la evolución y antecedentes médicos y nutricionales del paciente.
- **Ingesta de líquidos y alimentos:** evaluar la cantidad, frecuencia, preferencias alimentarias, intolerancias y alergias.
- **Digestión y eliminación:** indagar sobre síntomas gastrointestinales y la regularidad intestinal.
- **Actividad física y estilo de vida:** conocer la actividad física que realiza el paciente y su rutina diaria.
- **Niveles de colesterol, triglicéridos y otras pruebas de función hepática:** analizar la salud del hígado y los niveles de lípidos en sangre.
- **Niveles de vitaminas y minerales:** Especialmente si hay deficiencias nutricionales conocidas o sospechas.
- **Uso de medicamentos, suplementos o tratamientos:** Conocer si el paciente toma algún medicamento o suplemento que pueda alterar su estado nutricional o que puedan afectar su metabolismo.

Patrón de Eliminación

Se refiere a la eliminación de desechos del cuerpo, incluyendo la orina, las heces y el sudor. Se evalúa la regularidad, cantidad y calidad de estas eliminaciones. Es importante destacar que el patrón de eliminación puede ser influenciado por diversos factores, como la dieta, el nivel de actividad física y el estado emocional de la persona. Por lo tanto, es importante

evaluar no solo la presencia de síntomas, sino también los hábitos y estilo de vida del individuo.

Los principales medios de eliminación son:

- **Renales:** se refiere a la capacidad de los riñones para filtrar la sangre y eliminar los productos de desecho a través de la orina.
- **Intestinales:** se refiere a la capacidad del sistema digestivo para eliminar los desechos y toxinas a través de las heces.
- **Respiración:** se refiere a la capacidad de los pulmones para eliminar los gases de desecho, como el dióxido de carbono, a través de la respiración.
- **Piel:** se refiere a la capacidad de la piel para eliminar los desechos y toxinas a través del sudor y otros fluidos corporales.
- **Ostomías:** se refiere a la eliminación de los desechos a través de una abertura quirúrgica en la pared abdominal, como en el caso de una colostomía o ileostomía.

Patrón de Actividades y Ejercicio

Este patrón se refiere a la capacidad del individuo para realizar actividades físicas y deportivas, así como su nivel de ejercicio habitual.

También se evalúa la presencia de dolor o limitaciones en la actividad física debido a condiciones de salud subyacentes, y la capacidad del individuo para adaptarse a cambios en su nivel de actividad física. En resumen, este patrón evalúa la capacidad del individuo para mantener un estilo de vida activo y saludable.

- Descripción del patrón de actividad, ocio y recreo.
- Tipo, calidad y cantidad de ejercicio físico que realiza la persona.
- Identificación de déficits neuromusculares y las compensaciones, como la disnea o la angina, que pueden interferir en la realización de las actividades deseadas.
- Evaluación de los factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas por la persona, como las deficiencias o compensaciones neuromusculares y problemas cardíacos/pulmonares.
- Importancia del grado de movilidad en el bienestar mental y el funcionamiento eficaz del cuerpo.
- Influencia de la movilidad en la autoestima, el sentimiento de utilidad y la sociabilidad de la persona.

Patrón de Descanso y Sueño Este patrón se refiere a la evaluación de los patrones de sueño y descanso de un paciente. Implica la evaluación de la calidad y cantidad de sueño que un paciente experimenta, así como los factores que pueden afectar su capacidad para dormir adecuadamente.

La evaluación del patrón de sueño y descanso puede incluir preguntas sobre:

- La duración del sueño, La frecuencia de despertares nocturnos, la calidad del sueño, la somnolencia diurna, el uso de medicamentos para dormir.

- Los factores ambientales que pueden afectar el sueño, como el ruido o la luz.
- Cualquier problema de salud que pueda afectar el sueño, como dolor crónico o trastornos respiratorios.

El patrón 5 también puede implicar la educación y el asesoramiento del paciente sobre la higiene del sueño, como la importancia de mantener un horario regular de sueño, evitar el consumo de alcohol y caféina antes de dormir, y crear un ambiente de sueño tranquilo y relajante.

Además, el patrón 5 puede involucrar la implementación de medidas para ayudar al paciente a dormir mejor, como la administración de medicamentos para el insomnio o la terapia cognitivo-conductual para el insomnio.

El reposo y el sueño son esenciales para la salud, ya que restablece la energía de la persona. El sueño es una de las necesidades humanas básicas.

Patrón Cognitivo-Perceptual

Este patrón se refiere a la capacidad de una persona para percibir, comprender y procesar la información sensorial y cognitiva, y cómo esto afecta su capacidad para realizar actividades cotidianas y tomar decisiones.

Los trastornos en este patrón pueden afectar significativamente la calidad de vida de una persona y su capacidad para funcionar en su entorno. La valoración de este patrón es importante para identificar posibles problemas cognitivos o perceptivos y diseñar planes de cuidado adecuados. Describe los patrones sensitivo-perceptuales y cognitivos.

Adecuación de las formas sensoriales (órganos de los sentidos vista, gusto, tacto, olfato) y las compensaciones o prótesis utilizadas. Percepción del dolor si procede y tratamiento que cada paciente le da. Capacidades/habilidades funcionales cognitivas (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones).

Patrón de Autopercepción y Autoconcepto

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.)

El autoconcepto puede definirse como la imagen mental propia de uno mismo. Un autoconcepto positivo es esencial para la salud mental y física de una persona. Percepciones sobre el propio estado de ánimo. Actitud frente a uno mismo. Se valoran entre otros la postura y movimiento corporal, el contacto visual, el tono de voz y tipo de habla. Es importante para el bienestar emocional y psicológico de una persona.

En la evaluación del patrón de Autopercepción-autoconcepto, los enfermeros deben prestar atención a los siguientes componentes:

- **Identidad personal:** el sentimiento de individualidad, la sensación de ser una

persona única y las creencias y valores que guían su comportamiento.

- **Imagen corporal:** cómo se ve una persona a sí misma y cómo se relaciona con su cuerpo, incluyendo la importancia del autocuidado y el acicalamiento.
- **Desempeño del rol:** el papel que una persona juega en su vida, ya sea en su familia, comunidad, trabajo, etc.
- **Autoestima:** la valoración que una persona tiene de sí misma y su juicio sobre su propia valía.

La evaluación cuidadosa del patrón de Autopercepción-autoconcepto puede ayudar a los enfermeros a identificar problemas emocionales y psicológicos que puedan afectar la salud y el bienestar de una persona. También puede ayudar a los enfermeros a desarrollar planes de cuidado personalizados para mejorar la autoestima y la calidad de vida de las personas.

Patrón Rol-Relaciones

Los individuos establecen relaciones para satisfacer la necesidad humana de contacto e interacción con otros. Describe las responsabilidades adquiridas del rol y de las relaciones que posee. Este patrón incluye la capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales, el nivel de satisfacción en las relaciones, la habilidad para resolver conflictos, la adaptabilidad a los cambios en las relaciones, entre otros aspectos. El Patrón 8: Rol-Relaciones se refiere al papel social que desempeña una persona en sus relaciones con los demás, ya sea en el ámbito familiar, laboral o social. Incluye responsabilidades y expectativas asociadas a ese rol, así como la satisfacción o insatisfacción con esas relaciones.

El grupo de pertenencia se refiere al grupo social al que pertenece una persona, como su familia, comunidad o lugar de trabajo. El grupo de referencia es un grupo al que una persona se compara a sí misma, ya sea por afinidad ideológica, aspiraciones o valores compartidos.

Patrón Sexualidad–Reproducción

Se refiere a la satisfacción/insatisfacción y expresión de la sexualidad, así como a la capacidad reproductiva de la persona y su influencia en la vida cotidiana.

Además de las alteraciones percibidas en las relaciones sexuales. Seguridad en las relaciones sexuales Satisfacción percibida por la persona y las alteraciones.

Es importante tener en cuenta que la sexualidad y la reproducción son aspectos importantes de la vida de las personas y pueden tener un impacto significativo en su bienestar emocional y físico.

Patrón Adaptación–Tolerancia al Estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés.

Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Este patrón se centra en la capacidad del individuo para manejar y responder al estrés en su entorno.

La alteración de este patrón se relaciona con la dificultad para hacer frente al estrés y puede manifestarse en diversas formas, como ansiedad, depresión, insomnio, entre otros.

Incluye:

- Reserva o capacidad para resistir los cambios.
- Formas de tratar el estrés.

- Sistemas de apoyo familiar o de otro tipo
- Habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones

Patrón de Valores y Creencias

El Patrón «Valores y Creencias» es un patrón funcional de la salud que se enfoca en las creencias, valores y percepciones de la vida de un individuo.

Este patrón describe cómo las creencias y valores personales pueden influir en la salud física y mental de una persona, y cómo una persona puede adaptar o cambiar estas creencias y valores para mejorar su salud.

El patrón se centra en las creencias y valores en áreas como la religión, la cultura, la política, la filosofía y la ética, así como en las actitudes y percepciones que una persona tiene hacia sí misma, hacia los demás y hacia la vida en general.

También se consideran las experiencias traumáticas y la forma en que estas pueden influir en las creencias y valores de una persona.

El patrón de Valores y Creencias se evalúa mediante la identificación y exploración de las creencias y valores del individuo, y se enfoca en cómo estas afectan su salud y bienestar en general.

El profesional de enfermería debe reconocer y separar su propio y particular sistema de creencias, para evitar conductas de enjuiciamiento o prejuicios.

6.5. Etapas del proceso de atención de enfermería

6.5.1. Valoración.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente, familia o la comunidad, con el fin de identificarse las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

Tipos de valoración:

Valoración inicial: Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución sanitaria establecer una base de datos del completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones.

Valoración centrada en el problema: Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería, determina el estado de un problema identificado en la primera valoración.

Valoración urgente: Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente

Identificar problemas peligrosos Valoración rápida de la vía o psicológica del paciente, identificar problemas peligrosos para la vida, identificar problemas nuevos o que se pasaron por alto.

Tipos de datos

Los datos subjetivos, denominados también síntomas o datos ocultos, sólo resultan aparentes para la persona afectada y sólo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. El prurito,

el dolor y la sensación de miedo son ejemplos de datos subjetivos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital. Los datos objetivos se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Por ejemplo, la decoloración de la piel o el registro de la presión arterial son datos objetivos. Durante la exploración física la enfermera obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del proceso de enfermería. (Barbara Kozier,2008)

6.5.2. Diagnostico

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante su valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basados en el diagnóstico de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

Tipos de diagnósticos de enfermería.

Los cinco tipos de diagnósticos de enfermería son el actual, el del riesgo, el del bienestar, el posible y el sindrómico:

Diagnóstico actual: es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería.

Diagnóstico de enfermería del riesgo: Es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que un problema aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga.

Diagnóstico del bienestar: Describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad que están preparadas para su fomento.

Diagnóstico de enfermería posible: Es uno en el que las pruebas sobre la existencia de un problema de salud son incompletas o no están claras. Un diagnóstico posible exige más datos para su apoyo o rechazo.

Diagnóstico sindrómico: Es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos

Componentes de los diagnósticos de enfermería de la NANDA.

Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: 1) el problema y su definición; 2) la etiología, y 3) las características definidoras. Cada componente sirve a un objetivo específico.

Problema (etiqueta diagnóstica) y definición

La declaración del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud del paciente de forma clara y concisa en pocas palabras. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación de los objetivos del paciente y los resultados deseados. También puede sugerir alguna intervención de enfermería.

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional de enfermería para individualizar la asistencia del paciente.

Características definidoras

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

Diferenciación entre diagnósticos de enfermería y diagnósticos médicos

Un diagnóstico de enfermería es un juicio de enfermería y se refiere a un trastorno que los profesionales de enfermería, en virtud de su educación, experiencia y pericia, están autorizados a tratar. Un diagnóstico médico está realizado por un médico y se refiere a un trastorno que sólo un médico puede tratar. Los diagnósticos médicos se refieren a los procesos morbosos: respuestas fisiopatológicas específicas que son bastante uniformes entre diversos pacientes. Por el contrario, los diagnósticos de enfermería describen la respuesta humana, las respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales a una enfermedad o problema de salud.

PROCESO DIAGNÓSTICO

El proceso diagnóstico usa las habilidades del pensamiento crítico del análisis y la síntesis. El pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y considera explicaciones antes de formar una opinión. El análisis es la separación en componentes, es decir, la división del todo en partes (razonamiento deductivo).

El proceso diagnóstico tiene tres pasos:

- Análisis de los datos
- Identificación de los problemas de salud, riesgos y fortalezas
- Formulación de las declaraciones diagnósticas

6.5.3. Planificación

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

TIPOS DE PLANIFICACIÓN:

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continúa hasta que termina su relación con el profesional de enfermería, habitualmente cuando el paciente es dado de alta de la institución sanitaria. Toda la planificación es multidisciplinar (implica a los proveedores de asistencia sanitaria que interactúan con el paciente) e incluye al paciente y a la familia en la mayor extensión posible en todos los pasos.

Planificación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan de asistencia inicial completo. Este profesional tiene el beneficio del lenguaje corporal del paciente, así como algunos tipos intuitivos de información que no quedan reflejados en la base de datos escrita. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial, en especial debido a la tendencia hacia estancias hospitalarias más cortas.

Planificación en curso

La hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería obtienen información nueva y evalúan las respuestas del paciente a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial de asistencia. La planificación en curso también tiene lugar al comienzo de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día. Usando los datos de la valoración continua, el profesional de enfermería hace planificaciones diarias con los siguientes propósitos:

1. Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado
2. Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno
3. Decidir en qué problemas centrarse durante el turno
4. Coordinar las actividades de enfermería de manera que pueda abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente

Planificación para el alta

Es el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia sanitaria completa y debe realizarse en el plan de asistencia de todos los pacientes. Como la estancia media de los pacientes en hospitales de procesos agudos se ha acortado, a las personas se les da a menudo el alta cuando todavía precisan asistencia. Aunque a muchos pacientes se les da el alta para ir a otras instituciones.

La fase de planificación consta de varias etapas:

- Establecimiento de prioridades
- Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente
- Selección de intervenciones de enfermería
- Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas en los planes de asistencia.

Establecimiento de prioridades

Es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo qué diagnósticos de enfermería exigen primero atención, cuáles segundos y así sucesivamente.

Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente

Tras establecer las prioridades, el profesional de enfermería y el paciente fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan de asistencia, los objetivos/resultados deseados describen, en términos de respuestas observables del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería. Los términos objetivo y resultados deseados se usan de forma intercambiable en este texto, excepto cuando se comenta y usa el lenguaje estandarizado.

Selección de intervenciones y actividades de enfermería.

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería, que es la segunda cláusula de la declaración diagnóstica.

Tipos de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería se identifican y escriben durante la fase de planificación del proceso de enfermería; pero en realidad se realizan durante la fase de aplicación. Las

intervenciones de enfermería comprenden la asistencia directa y la indirecta, así como los tratamientos iniciados por el profesional de enfermería.

Las **intervenciones independientes** son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones a otros profesionales sanitarios.

Las **intervenciones dependientes** son actividades realizadas bajo las órdenes o la supervisión del médico, o según rutinas especificadas. Las órdenes del médico dirigen habitualmente al profesional de enfermería para que administre medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas, tratamientos, dieta y actividad. El profesional de enfermería es responsable de la valoración de la necesidad de las órdenes médicas, de su explicación y de su administración.

Las **intervenciones conjuntas** son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo sanitario, como los fisioterapeutas, los asistentes sociales, los dietistas y los médicos. Las actividades de enfermería conjuntas reflejan las responsabilidades solapadas y relaciones de compañerismo entre el personal sanitario.

Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas

Tras escoger las intervenciones de enfermería adecuadas, el profesional de enfermería las escribe en el plan de asistencia. (Barbara Kozier,2008)

6.5.4. Ejecución

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser elevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente o por su familia. El plan de cuidados se utiliza de guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificada que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

Habilidades de aplicación

Para ejecutar el plan de asistencia con éxito, los profesionales de enfermería deben disponer de habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Estas habilidades son diferentes entre sí; pero, en la práctica, los profesionales de enfermería las usan en diferentes combinaciones y con diferente énfasis, dependiendo de la actividad, el profesional de enfermería necesita un conocimiento cognitivo de los principios y pasos del procedimiento, habilidades interpersonales para informar y tranquilizar al paciente y una habilidad técnica para preparar al paciente y manipular el equipo.

Las habilidades cognitivas (habilidades intelectuales) incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. Las habilidades interpersonales son todas las actividades, verbales y no verbales, que las personas usan cuando interaccionan directamente entre sí. La eficacia de una acción de enfermería depende a menudo en gran medida de la capacidad del profesional de enfermería de comunicarse con otros. El profesional de enfermería usa la comunicación terapéutica para comprender al paciente y ser a su vez comprendido. Un profesional de enfermería también necesita trabajar con eficacia con otros miembros del equipo sanitario.

Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de enfermería: asistencia, proporcionar bienestar, abogar, remitir a otros, aconsejar y dar apoyo son sólo algunas de ellas. Las habilidades interpersonales comprenden la proporción de información, actitudes, sentimientos, interés y apreciación por los valores culturales y estilo de vida del paciente. Antes de que los profesionales de enfermería puedan estar muy bien entrenados en relaciones interpersonales, deben tener conciencia de sí mismos y sensibilidad frente a otros

Las habilidades técnicas son actitudes «manuales» dirigidas a un fin como manipular equipo, administrar inyecciones, poner vendajes, mover, levantar y recolocar a los pacientes. Estas habilidades también se denominan tareas, procedimientos o habilidades psicomotoras.

El término psicomotor se refiere a las acciones físicas que están controladas por la mente, no reflexivas. Las habilidades técnicas requieren conocimiento y, con frecuencia, destreza manual. (Barbara Kozier,2008).

6.5.5. Evaluación

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la **evaluación** es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales sanitarios determinan: a) el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados y b) la eficacia del plan de asistencia de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse. La evaluación es continua. La evaluación hecha mientras o inmediatamente después de la aplicación de una orden de enfermería capacita al profesional de enfermería a hacer modificaciones de una intervención sobre la marcha. La evaluación realizada a intervalos especificados muestra la extensión del progreso hacia la consecución de objetivos y capacita al profesional de enfermería a corregir cualquier deficiencia y modificar el plan de asistencia cuando sea necesario. La evaluación continua hasta que el paciente consigue los objetivos sanitarios o es dado de alta de la asistencia de enfermería. La evaluación en el momento del alta incluye el estado de consecución de los objetivos y las capacidades de autocuidado del paciente con respecto al seguimiento. La mayoría de las instituciones tiene registros de alta especiales para esta evaluación. (Barbara Kozier,2008).

6.6.-Definición de la patología

6.6.1.LA EPILEPSIA

Es “la ocurrencia transitoria de síntomas y/o signos causados por una actividad neuronal cerebral sincrónica (que se presenta en un mismo tiempo), anormal y excesiva”. Incluye una serie de trastornos cerebrales, complejos, crónicos y se caracteriza por crisis recurrentes, no-provocadas. El carácter recurrente de las crisis es un indicio importante de la enfermedad, ya que se puede sufrir de crisis sin necesariamente tener epilepsia (3-10% de la población puede tener una crisis en su vida, pero sólo 1% de la población tiene epilepsia).

El carácter no-provocado de las crisis hace que no pueda considerarse portador de epilepsia a un paciente que sufre de crisis secundarias a una intoxicación o supresión de alcohol o drogas, insuficiencia renal aguda, trastornos metabólicos (ej. hipoglucemia,

hipocalcemia, etc.), durante el uso de terapia electroconvulsiva, crisis febriles, etc.

La epilepsia tiene una manifestación tanto clínica como paraclínica (ej. cambios en el Electroencefalograma -EEG-). El término convulsión sólo hace alusión a la manifestación motora (movimiento) de una crisis epiléptica y consiste en contracciones musculares anormales y excesivas, generalmente bilaterales, que pueden ser sostenidas o interrumpidas. No todas las crisis epilépticas son convulsivas (ej. crisis atónicas, crisis de ausencias, crisis focales con manifestación sensorial -ej. crisis manifestadas sólo por alucinaciones olfatorias, visuales, auditivas, etc.-).

6.6.2. Principales manifestaciones (signos y síntomas)

Hay, en general, tres tipos de crisis: focales, generalizadas y desconocidas.

Crisis focales

Las manifestaciones clínicas de las crisis focales son muy diversas, pues dependen de la zona cerebral involucrada durante la descarga epiléptica, pero en general hay cuatro grandes grupos de síntomas:

Manifestaciones motoras: caracterizadas por movimientos involuntarios de tipo clónico (cortos y repetitivos), postura tónica, tónico-clónicos (combinación de los anteriores), mioclónicos (“sacudida”) o bien signos motores “negativos” como la parálisis de toda (debilidad de una extremidad que se produce posterior a una crisis). Manifestaciones sensoriales: caracterizadas por trastornos en la sensibilidad, alucinaciones de diferente índole (visuales, auditivas, gustatorias, olfatorias), entre otras.

Manifestaciones autonómicas: caracterizados por síntomas provenientes del sistema autónomo/vegetativo como pueden ser palpitaciones, aumento o disminución de la frecuencia cardíaca (taquicardia, bradicardia), sudoración, salivación excesiva (sialorrea), cambios pupilares, sensación epigástrica ascendente (sensación de vacío en el abdomen que remonta hacia el tórax/cuello), náusea/vómito, etc.

Manifestaciones psiquiátricas/di cognitivas: sensación de lo ya vivido (deja véçu), de lo ya visto (deja vu), de lo ya oído (deja entendu), de lo nunca visto (jimáis vu), de lo nunca

oído (jamais entendu), sensación onírica (como estar en un sueño), sensación de despersonalización o autoscopia (sensación de salirse de sí y observarse a sí mismo), furia o miedo súbitos, crisis de risa (gelásticas), crisis de llanto (dacrísticas), sensaciones de éxtasis, orgasmo, crisis discognitivas (-antes llamadas “parciales complejas”- caracterizadas por desconexión del medio debido a una descarga de inicio focal y que pueden o no asociarse a movimientos automáticos sin propósito automatismos no propositivos- ya sea de tipo motor u oroalimentario -chupeteo-).

Crisis generalizadas

Las crisis generalizadas habitualmente se presentan con pérdida de la conciencia (a excepción de las crisis mioclónicas) y pueden ser: tónicas, clónicas, tónico-clónicas, mioclónicas, atónicas (pérdida del tono postural) y ausencias (desconexión al medio debida a una descarga generalizada).

Otras manifestaciones clínicas de la epilepsia

Pueden ser debidas a las secuelas de las crisis frecuentes o el trastorno que originó a la epilepsia (como retraso en el desarrollo psicomotriz, alteración en la memoria, etc.) o por el uso mismo de los medicamentos.

6.6.3. Tipos de medicamentos anticonvulsivos

Hay muchos tipos diferentes de convulsiones y algunos medicamentos funcionan mejor para ciertos tipos de crisis convulsivas. Algunos tipos de crisis convulsivas comunes son las focales, las tónico-clónicas generalizadas y las de ausencia. También hay un número creciente de nuevos medicamentos que se pueden usar para tratar ciertos tipos de crisis convulsivas.

Crisis convulsivas tónico-clónicas

Los medicamentos comunes utilizados para las convulsiones tonicoclónicas generalizadas son, entre otros:

Clobazam, Lamotrigina, Levetiracetam, Rufinamida, Topiramato, Valproato, Zonisamida

Crisis convulsivas focales

Los medicamentos comunes utilizados para las crisis convulsivas focales son, entre otros:

Carbamazepina, Oxcarbazepina, Lacosamida.

Crisis convulsivas de ausencia

El más clásico de los medicamentos utilizados para las crisis convulsivas de ausencia es la etosuximida, pero el valproato también se receta habitualmente.

6.6.4. Efectos secundarios de los medicamentos anticonvulsivos

Todos los medicamentos, incluso los medicamentos de venta libre tienen el riesgo de producir efectos secundarios. Por lo tanto, todos los medicamentos anticonvulsivos tienen algún riesgo de producir efectos secundarios. La mayoría de los niños tienen pocos problemas o ninguno con los efectos secundarios de los medicamentos anticonvulsivos. Los efectos secundarios varían según el medicamento, pero pueden ser, entre otros:

Somnolencia, sarpullido, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, problemas estomacales

La epilepsia en niños y adolescentes: diagnóstico y tratamiento

La epilepsia, también llamada trastorno convulsivo, es el trastorno cerebral infantil más común en los Estados Unidos. Casi 3 millones de estadounidenses tienen epilepsia. Aproximadamente 450,000 de ellos tienen menos de 17 años.

La epilepsia puede causar convulsiones repetidas, que son sobrecargas repentinas de actividad eléctrica en el cerebro. Aproximadamente dos tercios de todos los niños con epilepsia superan sus convulsiones cuando llegan a la adolescencia. Sin embargo, para algunos, la epilepsia puede ser una afección de por vida. Es importante que los padres colaboren con los proveedores de atención médica de su hijo para que les ayuden a comprender la afección y el tratamiento de su hijo.

Comprender la epilepsia y las convulsiones

Hay muchos tipos diferentes de convulsiones. Algunas son muy breves, duran solo unos segundos, mientras que otras pueden durar unos minutos. Algunas pueden provocar movimientos bruscos incontrolables, mientras que otras provocan confusión o una mirada perdida. El tipo de convulsión que tiene una persona depende de dónde se produce la convulsión en el cerebro y qué parte del cerebro está involucrada.

Las mejoras en el tratamiento de la epilepsia en los últimos años han hecho que la afección sea más manejable. Hay muchos medicamentos anticonvulsivos nuevos disponibles y se están probando otros. Además de los medicamentos más nuevos, también se encuentran disponibles tratamientos alternativos, tales como procedimientos quirúrgicos, dispositivos médicos y terapias alimentarias, para niños y adolescentes que continúan teniendo convulsiones mientras toman medicamentos.

Cómo se diagnostica la epilepsia

La epilepsia se suele diagnosticar si un niño o adolescente:

- ha tenido más de una convulsión no causada directamente por otra afección médica, como por ejemplo diabetes o una infección grave
- tiene un alto riesgo de sufrir convulsiones adicionales, en base a sus antecedentes médicos o los resultados de pruebas médicas.

Cualquier niño sin un diagnóstico conocido de epilepsia que experimente una convulsión por primera vez necesita atención médica de emergencia inmediata. Poco después, también debe tener una visita de seguimiento con su pediatra de atención primaria. Si las convulsiones vuelven a ocurrir, debe consultar a un neurólogo pediátrico, un especialista que se encarga de las convulsiones y la epilepsia.

Un diagnóstico de epilepsia varía para cada niño, pero los pasos principales del proceso suelen incluir los siguientes:

- Antecedentes médicos detallados: estos pueden incluir preguntas sobre el embarazo y el parto de la madre, si hay algún familiar con epilepsia y si su hijo ha tenido antecedentes de lesiones graves en la cabeza, infecciones que afectan al cerebro o antecedentes de convulsiones con fiebre (convulsiones febriles).
- Relatos detallados de la convulsión: la persona que haya estado con su hijo cuando tuvo una convulsión debe hablar con el médico. Los videos grabados de su hijo durante la convulsión también pueden ser útiles.
- Examen físico: además de un examen físico habitual, el médico controlará la función mental y neurológica de su hijo. Esto incluirá evaluar la fuerza muscular y los reflejos,

por ejemplo, así como también los sentidos y la memoria.

- Análisis de sangre para ayudar a identificar otras enfermedades subyacentes que podrían estar causando convulsiones.
- Tomografía axial computarizada (CAT, por sus siglas en inglés) o exploración mediante CT para ayudar a determinar si una convulsión fue causada por una lesión o enfermedad reciente que afecte al sistema nervioso.
- Electroencefalograma (EEG) para ayudar a estimar la probabilidad de que vuelva a ocurrir una convulsión. Un EEG también puede ayudar a determinar el tipo de convulsión que afecta a su hijo y si puede ser parte de un determinado síndrome o patrón de epilepsia (en inglés).
- Imagen por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) para obtener una imagen del cerebro. Esto es especialmente importante si su hijo tiene nuevas convulsiones o convulsiones que pueden haber comenzado en una parte particular del cerebro.
- Observación. Además del examen y de las pruebas, un período de observación puede ayudar a determinar si un niño tiene epilepsia.

El tratamiento para la epilepsia generalmente comienza con medicamentos. Sin embargo, es importante recordar que la epilepsia es una afección compleja y que cada niño es diferente. No todos los niños responden al tratamiento de la misma manera, por lo que no existe un "tratamiento correcto".

6.6.5. Fármacos para la prevención de convulsiones

Hay muchos medicamentos para la prevención de convulsiones, llamados fármacos anticonvulsivos, y se están desarrollando otros nuevos. Sin embargo, a veces lleva un tiempo encontrar el que mejor funciona para cada niño.

Estos medicamentos no cambian la causa subyacente de las convulsiones de su hijo. Solo tratan los síntomas de la epilepsia reduciendo la frecuencia de las convulsiones. El medicamento no funcionará correctamente hasta que alcance un cierto nivel en el cuerpo, y ese nivel debe mantenerse tomando el medicamento con regularidad. Por esta razón, es

especialmente importante seguir las instrucciones específicas del médico con respecto a los medicamentos.

Los medicamentos anticonvulsivos pueden tener efectos secundarios, aunque la mayoría se toleran bien sin ningún efecto secundario. La somnolencia es un efecto secundario muy común, pero muchas veces puede mejorar a medida que el cuerpo del niño se acostumbra al medicamento.

6.6.6. Desnutrición

Concepto:

Es una enfermedad sistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrientes, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.

Por su etiología puede ser primaria, cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrientes y / o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias; secundaria, cuando es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrientes.

En la mayoría de los países subdesarrollados y algunas áreas marginadas de países industrializados la desnutrición endémica se caracteriza por: peso bajo al nacer, prevalencia elevada de enfermedades infecciosas, estatura pequeña de sus habitantes, tasas elevadas de mortalidad, particularmente en niños menores de cinco años y, en consecuencia, expectativas de vida más corta.

Las principales características que definen este perfil son desnutrición y pobre salud mental.

Este síndrome pluricarencial conduce a una productividad disminuida con un incremento en el desgaste humano y del capital económico incluyendo pobreza alimentaria. Este proceso de deterioro se constituye en un círculo vicioso que perpetúa y agrava el subdesarrollo, empeorando el estado de salud y nutrición de la comunidad. La magnitud del problema varía de un país a otro y en las diferentes áreas geográficas de un mismo país. Sin embargo, se

reconoce que cuando menos dos terceras partes de las muertes que ocurren cada año en nuestro planeta son atribuibles a la desnutrición proteínico-energética (DPE).

6.6.7. Etapa subclínica. Fisiopatogenia

El organismo tiende a mantener un equilibrio dinámico a través de mecanismos fisiológicos. Por ejemplo: después de la ingestión de una comida, la energía es almacenada en forma de fosfatos altamente energéticos, grasas y glucógeno de los cuales se obtiene energía para los periodos diarios y relativamente cortos de ayuno y los periodos de mayor gasto energético. Cuando existen periodos largos de restricción energética y/o proteínica, el organismo se adapta en forma progresiva con el objeto de mantener un estado funcional adecuado. En consecuencia, durante el proceso que conduce a la DPE, el organismo se va adaptando de manera dinámica hasta que logra la máxima adaptación. Este proceso resulta en una demanda disminuida de nutrientes, y en el logro de un equilibrio nutricional compatible con un nivel más bajo de disponibilidad celular de nutrientes.

Si en este punto el suministro de nutrientes continúa siendo cada vez más bajo que el aceptado por el organismo para su adaptación, sobreviene la muerte; sin embargo, aunque en la mayoría de los casos ese suministro es bajo, no lo es tanto para causar la muerte y el individuo es capaz de vivir en un estado adaptado a una ingestión disminuida. A este fenómeno, Ramos Galván le llamó “homeorresis” y se caracteriza porque la mayoría de las funciones están alteradas y tienen las siguientes características:

- Son más susceptibles a ser superados por mecanismos de sobrecarga, que pueden producir descompensación o falla de adaptación y en consecuencia, amenazar la vida del huésped. En otras palabras, el individuo adaptado con DPE es un sujeto lábil y frágil desde un punto de vista funcional.

- Debido a su naturaleza dinámica, el grado de alteración funcional se correlaciona con el grado de depleción nutrimental. Esta correlación es influida por la velocidad a la cual la depleción ocurre, o bien, por el grado de recuperación durante la rehabilitación nutricia.

Los procesos metabólicos adaptativos en la desnutrición proteínico-energética ocurren por interacción hormonal, mecanismos a nivel celular y por reacciones corporales generalizadas aún poco entendidas.

La composición de la reserva de a libres está alterada. Hay una disminución de la síntesis y catabolismo de las proteínas corporales totales, la última predominando sobre la primera. El cambio más significativo en el metabolismo de las proteínas es un notable reciclamiento de aa. El resultado final es una mayor vida media de algunas proteínas, como la albúmina, y en general una disminución en el recambio de proteínas y aa. Además, la distribución corporal interna de las proteínas cambia. Éste es el caso con la albúmina, la cual disminuye más en el espacio extravascular que en el intravascular. La síntesis de urea disminuye y los compuestos simples que contienen nitrógeno como la urea, son aparentemente utilizados con mayor eficiencia como fuente de nitrógeno. En términos de composición corporal, ocurre una reducción progresiva en masa corporal magra, primero de músculo y después de piel. Las proteínas viscerales primero disminuyen (proteína lábil), después se estabilizan o pueden aún recuperar algo de su masa total. Como el recambio de proteína y masa corporales total de proteínas disminuye, el consumo de oxígeno basal también se reduce.

Las infecciones que producen enfermedades y otras causas de estrés también afectan los mecanismos de adaptación al causar anorexia y exacerbar la disminución en la ingestión de alimentos, a pesar de que existe un incremento en las necesidades de energía y proteínas. La

fiebre incrementa la pérdida de energía y de nitrógeno y el desvío en la utilización de a para generar energía. La utilización de a también es “desviada” para aumentar la síntesis de proteínas especiales tales como inmunoglobulinas (anticuerpos).

Un hallazgo importante en la mayoría de las investigaciones del estado hormonal en DPE, es que la capacidad funcional hipofisaria no está lesionada. También, como parte del proceso de adaptación metabólica en la DPE, se encuentra alterada la respuesta celular a la estimulación hormonal.

Cuando se mantienen los mecanismos adaptativos, el periodo que lleva de desnutrición leve a grave es prolongado. Obviamente, el sujeto tiene que sacrificar ciertas funciones y algunas reservas de nutrimentos y, por esta razón, se hace más susceptible a las lesiones que en un individuo bien nutrido.

El contenido de potasio corporal total está reducido, así como la Hb total circulante en relación de la demanda de oxígeno. Hay disminución en la producción de glóbulos rojos y por tanto, hemodilución. El trabajo cardiaco disminuye, así como la reserva funcional; existe hipotensión postural y disminución del retorno venoso. El flujo plasmático renal, la velocidad de filtración glomerular y la función tubular están disminuidos.

Como consecuencia, en los casos graves, la capacidad de concentración del riñón y los mecanismos de acidificación funcionan mal. Antes que esto ocurra, la retención crónica de sodio y el incremento de la actividad antidiurética sérica y urinaria conduce a un aumento relativo de agua corporal extracelular y total. El agua intracelular está reducida en términos absolutos debido a pérdida de masa corporal magra. La fuerza física también está disminuida e induce a una reducción de la capacidad física para el trabajo.

ETAPA CLÍNICA

6.6.8. Signos y síntomas

La DPE es un nombre genérico para un amplio espectro de estados de deficiencia de proteínas y energía, los cuales son condicionados por:

- La gravedad de la deficiencia.
- La duración.
- La relativa gravedad de la deficiencia de proteínas versus energía.
- La edad del huésped.
- La etiología de la deficiencia

El cuadro clínico también puede modificarse por otras deficiencias nutrimentales asociadas, que son condicionadas dinámicamente por la DPE y viceversa; las deficiencias asociadas pueden modificarse por la DPE y a su vez pueden condicionar la aparición de signos y síntomas de la DPE.

Las manifestaciones clínicas iniciales de la DPE son inespecíficas. Incluyen: reducción en la velocidad de crecimiento, disminución en la actividad física y apatía general. Si un niño es vigilado con regularidad y se observa una desviación de su patrón normal de crecimiento, debe ser motivo de alerta. Si demuestra signos de pérdida reciente de peso y una historia de ingestión dietética pobre (en presencia o ausencia de infección aguda o crónica), sugiere el diagnóstico de DPE. La sola presencia de un déficit de peso para la edad no indica necesariamente que el niño presente desnutrición aguda, sobre todo si es activo y saludable. La medición de la talla es muy importante, si un niño presenta un déficit de la talla para la edad no explicada por razones genéticas o endocrinas, lo más probable es que se trate de una desnutrición de larga duración y quizá ha estado presente desde etapas tempranas de la vida cuando la velocidad de crecimiento lineal es mucho mayor. Además, si hay un déficit de peso

para la talla superior a 10%, sugiere fuertemente una desnutrición aguda, especialmente en menores de 5 años. Un índice peso / talla normal en un niño pequeño para la edad casi siempre indica una desnutrición crónica no presente en la actualidad.

Cuando la mala nutrición es de aparición temprana, un niño de tres meses de edad puede tener el mismo peso y longitud del nacimiento o puede manifestar pérdida de peso y emaciación; parece tener exceso de piel para su cuerpo y un tronco grande para sus extremidades. El hígado se palpa y es blando. El niño puede estar bastante alerta y con frecuencia se chupa uno o más dedos. La mayoría de las veces está hambriento y constipado, aunque puede tener evacuaciones semilíquidas formadas por moco y detritus celulares. Cuando se encuentra muy afectado, los signos vitales pueden estar deprimidos, está flácido y apático y con facilidad hace hipoglucemia e hipotermia. En forma característica, el niño con marasmo se convierte en un desnutrido crónico y pone en juego un gran número de mecanismos de adaptación. En este proceso dinámico de ayuno casi total, el niño primero cubre sus necesidades de energía y moviliza su fuente primaria de ésta; el tejido adiposo. Sus músculos, que suministran sólo una pequeña porción de energía, liberan los aminoácidos necesarios para la gluconeogénesis. Cuando el déficit energético se incrementa y las fuentes de energía (grasa) desaparecen, hay una movilización más rápida de proteína muscular.

6.6.8. Complicaciones

El niño desnutrido grave con frecuencia se deteriora más debido a un desequilibrio hidroelectrolítico, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular y/o renal y a un déficit de los mecanismos de defensa contra la infección. Las alteraciones psicológicas pueden ser profundas; la anorexia severa, apatía e irritabilidad hacen que el niño sea difícil de alimentar y manejar, y son de muy mal pronóstico. En general, la muerte es secundaria a

bronconeumonía, septicemia por Gran negativos, infecciones graves y la falla aguda cardiovascular, hepática y renal. Los signos y síntomas de deficiencia grave de vitaminas y minerales, que pueden ser importantes en la DPE, pueden hacerse aparentes durante la rehabilitación temprana si no se provee un suministro adecuado de estos nutrimentos. Además, el cuadro clínico puede complicarse por una deficiencia grave de folatos, tiamina o niacina y/o una deficiencia aguda de potasio, sodio y magnesio o por deficiencia crónica de hierro, cinc, cobre y cromo.

Diagnóstico precoz

Para fundamentar el diagnóstico de desnutrición se utilizan diferentes indicadores. Además de los signos y síntomas clínicos ya descritos, será necesario contar con indicadores del estado nutricional directos e indirectos. Los indicadores indirectos se obtendrán con una historia clínica y dietética detallada. Con esta información se evaluarán los antecedentes hereditarios familiares, socioeconómicos y perinatales, patológicos y no patológicos del paciente, así como un escrutinio exhaustivo sobre sus hábitos de alimentación desde el nacimiento: inicio y duración de lactancia materna, introducción de otras leches o fórmulas industrializadas, inicio del destete, edad de introducción de otros alimentos y alimentación complementaria actual si se trata de un lactante menor de 15 meses de edad. Cuando sea mayor de edad, además de los antecedentes dietéticos descritos, se investigará con detalle la alimentación actual. En escolares y adolescentes se indagará la frecuencia en el consumo de alimentos por semana y se realizará una encuesta dietética por recordatorio de 24 horas investigando con detalle lo que desayunó, comió, cenó e ingirió entre comidas las 24 horas previas al interrogatorio. De los indicadores directos contamos con los clínicos ya descritos, los antropométricos y los paraclínicos. Como ya se ha señalado, ciertas mediciones son muy

importantes; peso, talla, perímetro cefálico y circunferencia del brazo. Con estas mediciones y la edad exacta del paciente se podrán calcular los índices: peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad, que son útiles, sobre todo en menores de 10 años. Con el índice peso para la edad se ha utilizado extensamente la clasificación de Gómez que identifica, aunque no discrimina, a los individuos con déficit en tres grados: leve, moderado y grave. Otras clasificaciones son la de Waterlow, también utilizada ampliamente en el mundo, identifica en forma más específica el déficit de peso para la talla, que puede interpretarse como una caída brusca en el aporte de nutrimentos o en pérdidas aumentadas (desnutrición aguda), y el déficit de la talla para la edad, que puede significar una sub alimentación crónica y, en consecuencia, desnutrición de larga evolución (desnutrición crónica), o bien, la clasificación Wellcome que distingue el marasmo del Kwashiorkor.

Tratamiento oportuno

Se orienta a evitar los casos graves de desnutrición ya sea aguda, crónica o crónica agudizada. En general, el niño con un déficit de 10 a 20 % del peso para la talla puede ser manejado en forma ambulatoria y regresar a la normalidad al corregir errores en los hábitos o técnicas de alimentación.

Sólo si este déficit del peso para la talla se prolonga por varios semanas o meses, sobre todo en etapas tempranas de la vida, se puede producir una desaceleración del crecimiento cuyo pronóstico es más incierto. Con déficit mayor de 20% del peso para la talla o de 5% de la talla para la edad, el niño requiere de una vigilancia estrecha y corrección de la desnutrición aguda en centros de rehabilitación nutricia o, en su defecto, en hospitales de 2º nivel de atención. Cuando la desnutrición es grave y está complicada, necesita de un manejo intensivo en unidades especializadas ubicadas en los hospitales.

Limitaciones del daño

Si la desnutrición del niño progresa o presenta complicaciones graves, puede fallecer o presentar secuelas con frecuencia irreversibles. Esta fase de manejo hospitalario obligadamente procurará:

1. Cuidados generales:

- Mantenerlo eutérmico (36.5-37.5°C).
- Transfundir sangre fresca total o plasma cuando exista hipovolemia grave. Dosis de 15 mL/kg durante 3 a 4 horas. Cuando presente anemia grave con Hb < 6 g/100mL se transfundirá paquete globular en 4 h con vigilancia de frecuencia cardíaca cada 30–60 minutos.
- Proteger sitios de apoyo para evitar ulceraciones.
- Vigilar hipoglucemia.
- Si hay alteraciones de conciencia, mantener vías respiratorias permeables y posición de Rosiere.
- Iniciar alimentación enteral continua con sonda nasogástrica cuando hay rechazo total o casi total a la ingestión de alimentos.
- Si las evacuaciones son anormales, pesarlas. Si el volumen es de 150 mL/d, pensar en diarrea infecciosa o intolerancia a disacáridos.
- Utilizar técnicas de prematuros con observación de reglas estrictas de asepsia y antisepsia.
- Cuando la vía oral se ha regularizado, iniciar con Polivitaminas orales y ácido fólico para cubrir recomendaciones nutrimentales. A partir de la primera semana de tratamiento dietético y sin infecciones, se agrega sulfato ferroso en dosis de 3-5 mg/kg/d de hierro elemental y se prolonga por tres meses con nueva determinación de Hb en sangre.

- En pacientes con deficiencia grave de vitamina A, pueden administrarse 50 000 U de la preparación IM. el primer día y 100 000 U de la forma oral el segundo día.
 - Integrar a los padres desde el inicio del tratamiento para lograr una mejor estimulación psico-afectiva del niño.
2. Manejo del desequilibrio hidroelectrolítico. Si la deshidratación es leve a moderada y el paciente acepta la vía oral, la corrección se hará de acuerdo con las recomendaciones de rehidratación oral. Si la deshidratación es grave o el paciente no tolera la vía oral, la corrección se hará por vía parenteral.
 3. Manejo de la infección. Se utilizarán los esquemas terapéuticos descritos en este libro, con estudio de sepsis y uso de antimicrobianos de acuerdo con el sitio primario de la infección y de acuerdo con el esquema vigente en el hospital en que se trate.
 4. Alimentación parenteral central y periférica. En estados muy graves de desnutrición, cuando la restitución de nutrimentos no pueda realizarse por vía oral o en forma de alimentación parenteral mixta cuando la vía oral sea insuficiente por las condiciones clínicas del paciente y el gasto excesivo de nutrimentos en estados hipercatabólicos.

El tratamiento dietético debe considerar la eficacia de aumentar la ingestión de energía sobre el incremento de peso y realizar una predicción de la velocidad de incremento de peso a varios niveles de ingestión calórica durante la recuperación nutricia. En niños menores de 36 meses: tanto en marasmo como en marasmo-kwashiorkor, puede iniciarse a nivel hospitalario o en centros de recuperación nutricia con una fórmula láctea de inicio si el niño no tiene intolerancia a la lactosa. Estas fórmulas contienen menos proteínas por mL que la leche de vaca entera o descremada, tiene una relación de proteínas del suero /

caseína más fisiológica, han sustituido las grasas animales por grasas de origen vegetal con mayor concentración de ácidos grasos poli-insaturados y por lo tanto más digeribles, están adicionadas de hierro, vitaminas y oligoelementos indispensables, la concentración de calcio y fosfato y su relación son más fisiológicas, además algunas contienen nucleótidos, probióticos y ciertos a que podrían beneficiar la lesionada capacidad inmunológica de estos niños. Se recomienda que durante las dos primeras semanas se suministre la fórmula en forma de alimentación enteral a través de una sonda nasogástrica y de preferencia con bomba de infusión continua, aunque también puede ofrecerse en bolos intermitentes cada 3 a 4 horas. A partir de la 3ª semana la administración de la fórmula puede ofrecerse con biberón en lactantes menores de 12 meses o en vaso (entrenador cuando sea necesario) en lactantes mayores de esa edad y preescolares.

VII.- RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Del Paciente: J.N.S.C Edad: 9 años Sexo: Femenino

Fecha De Ingreso Al Hospital: 20 de febrero 2023

Servicio: Medicina Interna No. Cama: 424

Días De Hospitalización: 81 días Religión: católica

Peso: 14.5 kg Talla: 1.48 cm Grupo Sanguíneo: O+

No. Expediente: 211431 Alergias: Ninguna

Dx. De Enfermería de Ingreso: patrón respiratoria ineficaz R/C Secreciones abundantes M/P
Alteración en la profundidad respiratoria

Dx. Médico: Epilepsia.

Tratamiento médico actual:

- Meropenem: 580 mg I.V. cada 8 hrs
- Omeprazol: 15 mg I.V. cada 24 hrs
- Paracetamol: 145 mg I.V. Por razon necesaria
- Buprenorfina: 30 mcg I.V. Por razon necesaria
- Clonazepam: 7 gotas sublingual cada 12 hrs
- Topiramato: 50 mg por SNG cada 12 hrs
- Valproato: 235 mg por SNG cada 8 hrs
- Levetiracetam: 435 mg por SNG cada 12 hrs
- Acetilcisteína: Dar 1 tableta diluida en 10 ml de agua por sonda cada 12 hrs

Micronebulizaciones:

- Salbutamol: 2ml + 1 ml de SF 0.9% cada 4 hrs
- Salmeterol/fluticasona spray: 2 disparos cada 24 hrs con aerocámara
- Bromuro de ipratropio spray: 2 disparos por aerocámara cada 6 hrs

Datos Biográficos Familiar:

Madre, de edad: 31 años con escolaridad: Preparatoria su ocupación es ama de casa de religión: católica ,padre de 28 años de edad de escolaridad preparatoria con ocupación de negociante de renta de mesas y sillas ,de religión católico

CASO CLINICO.

Escolar del sexo femenino con 9 años, la cual ingresa al servicio de urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” se recibe a las 17:30 horas del día 20 de febrero del 2023, por presentar crisis convulsiva se le realiza la exploración física y valoración médica y comenta la madre que tiene problemas de retraso neurodesarrollo, se procede a realizar estudios de laboratorio, posterior a los estudios se le diagnostico epilepsia focal difícil control. Al tercer día de su estancia hospitalaria presenta complicaciones respiratorias y más frecuentes la crisis convulsiva, lo cual fue necesario intubarla y dar apoyo ventilatorio, por lo cual se traslada al servicio de terapia intensiva pediátrica para someterla a un coma inducido para disminuir el edema cerebral.

Se mantiene en el área por un mes bajo tratamiento, la cual mejora, Durante ese lapso le realizan traqueostomía y gastrostomía, tomando en cuenta la mejoría de la paciente, fue trasladada al servicio de medicina interna, para dar continuidad de su tratamiento.

Al momento de la valoración en el servicio de medicina interna, la paciente en edad escolar con 58 días de estancia hospitalaria ,observa encamada decúbito lateral derecho, e inquieta con fascias de dolor ,con palidez generalizada, piel reseca hipoactiva, con rigidez muscular con tubo de traqueostomía, con dispositivo de blender con fio2 al 98%, llenado capilar de 2 segundo , se observa abundantes secreciones por la cavidad oral, por el traqueo son moderas blanquecinas espesas a nivel de abdomen tiene instalada una sonda de gastrostomía, atravez

de ella se alimenta con dieta licuada 1000kcal . A nivel de coxis presenta una ulcera en grado I, presenta una desnutrición de segundo grado.

VIII.-DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

8.1.-Valoración clínica del sujeto de cuidado por patrones funcionales

1.-Patrón de mantenimiento y percepción de salud

La madre de J.N.S.C expresa que viven en casa propia y que mantienen limpia la vivienda, menciona que la salud de su hija ha sido regular, sus hábitos de autocuidado son los siguientes: aseo corporal diariamente en cama, cambio de ropa al bañarse y tendido de cama, lava sus manos regularmente. Así mismo menciona no tener contacto con enfermos infectocontagiosos ni con animales domésticos, en la comunidad donde viven no existen riesgos para su hija.

Al año de nacida se le detecta que tenía problemas de tipo neurológico ya que presentaba crisis convulsivas. La madre refiere que la niña no presenta alergia, lleva asistencia médica periódicamente, se le practica cambio de posiciones cada 1 a 2 horas.

El motivo por el cuál ingreso fue por presentar crisis convulsiva. Cuenta con el esquema de vacunación completo. la paciente en edad escolar con 58 días de estancia hospitalaria observa encamado decúbito lateral derecho, e inquieta con fascia de dolor, con palidez generalizada, piel reseca hipoactiva, con rigidez muscular con tubo de traqueostomía, con dispositivo de blender con fio2 al 98%, llenado capilar de 2 segundo, se observa abundantes secreciones

por la cavidad oral. Con diagnosticada con Epilepsia, la madre opina que el tratamiento está funcionando correctamente Presenta ulcera por presión en la zona lumbar y sacra, presenta irritabilidad al momento de realizar al cambiarla de posición debido a la úlcera.

2.-Patrón Nutricional Metabólico

Cuenta con un peso de 14.5 kg, y una talla de 1.48 cm, PC5 4cm, PA 44cm, Tem 37.0C°.

Piel morena oscura áspera, se observa deshidratada, cabello lacio delgado de color negro ,uñas cortas ,mucosa oral reseca deshidratadas, encías de color rosa sin lesión ,lengua simétrica de color rosa con poco movimiento, labios pálidos ,dentadura completa se observa saro.Prnsenta incapacidad para succionar ya que se observa debilidad de los músculos mandibular ,tiene tubo de traqueostomía ,actualmente cuenta con dieta licuada 250 ml cada seis horas la ingesta es a través de sonda de gastrostomía, por el momento tiene restricción de alimentos sólidos, además de ser intolerante a la lactosa, tiene una herida quirúrgica localizada en mesogastrio. con palidez generalizada, presencia de anorexia por su enfermedad (desnutrición), cicatrices en los brazos debido por la instalación de cateter venoso periférico.

3.-Patrón de Eliminación.

Características de la orina es amarillo claro, la cual es drenado por una sonda vesical aproximadamente presenta 500ml en 24hrs. el sitio de instalación de la sonda se observa limpio sin secreciones.

Características de las heces semilíquidas líquida color amarillo claro aproximadamente 300ml en 24hrs, se ocultan los movimientos intestinales.

4.-Patrón de Actividad Ejercicio

Estado físico actual:

Frecuencia Cardíaca:103lat/min , Tensión arterial: 129/86mmgh Frecuencia respiratoria: 18 lat/min ,el pulso es fuerte ,se encuentra con traqueostomía con dispositivo de blender con fio2 al 98%,llenado capilar de 2 segundo, presenta abundantes secreciones blanquecinas espesas por cavidad ,por traqueo son moderas amarillentas.

La fuerza de la niña se percibe débil, no practica ningún tipo de actividad recreativa ya que siempre se mantiene encamada, la madre muestra preocupación por la condición de su hija al ella no poder caminar por su enfermedad. Sé comenta que J.N.S.C no puede alcanzar objetos ni tomarlos con las manos, además de que no puede comer por si sola, es totalmente dependiente para realizar actividades de autocuidado y fisiológicas.

5.-Patrón de sueño descanso

La madre refiere que su hija no conciliar el sueño que le tienen que dar medicamento clonazepam para dormir por la mañana y en la noche y solo así puedes descansar, se observan ojeras, sé despierta por las noches frecuentemente si no le dan el medicamento. Al momento de la valoración se observa irritable e inquieta.

6.-Patrón Cognitivo Perceptivo

J.N.S.C Se observa alerta e inquieta con fascias de dolor, la paciente no se encuentra ubicada en tiempo lugar y espacio ya que presenta problemas neurológicos, se le realiza la valoración de Glasgow obteniendo una puntuación con 10

Apertura ocular: 3

Respuesta verbal: 2

Respuesta Motora: 5

no presenta problemas auditivos de ningún tipo, tampoco demuestra tener problemas en la vista, ya que obedece solo a la respuesta ocular mediante la orden verbal. La paciente no toma decisiones por sí sola debido a su edad y enfermedad, es por ello por lo que necesita de un familiar para la toma de decisiones y su cuidado.

7.-Patron Autopercepción-autoconcepto.

La paciente se observa inquieta con movimientos involuntarios, presenta dificultad para relajarse, su postura corporal es de rigidez muscular de miembros superiores e inferiores.

8.-Patrón de Rol-Relaciones

La familia está integrada por padre, madre y hermana ella es la primera integrante de la familia, la madre expresa que su hija no se puede comunicar de ninguna manera ya que no puede hablar ni moverse. La madre es ama de casa, desempleada, es ayudada por sus abuelos maternos quienes son los proveedores principales de la familia y el padre es comerciante es proveedor económico. Tiene una hija de 5 años aparentemente sana.

9.-Patròn sexualidad -reproducción

No presenta alteración alguna en los genitales se encuentran íntegros

10.- Patrón Afrontamiento y tolerancia al estrés

La madre de la paciente J.N.S.C. Menciona que el ruido del ambiente hospitalario la pone intranquila he irritable presenta expresiones faciales Así mismo refiere el estado de salud de su hija la estresa ya que tiene mucho tiempo en el hospital y por ello no le dedica mucho tiempo a su otro hija.

11.-Patròn Valores y creencias

La madre y la abuela comenta que practican de la religión católica, lo cual menciona que se refugia en la oración y esperanza de que la vida de su hija mejore.

Valoración clínica del sujeto del cuidado

Aspectos Generales:

Un Escolar de 9 años de edad presenta desnutrición no de acuerdo a su edad, con una buena higiene corporal las características de su cara son forma simétrica piel clara se observa suave, tersa y lisa con presencia de vellosidades con palidez generalizada, esta encamado en posición decúbito lateral derecho, con una actividad motora con complicación, en su lenguaje presenta un déficit sensorial en el habla y no se puede comunicar presenta inquietud, irritable ,ansiosa , respuesta motora al estímulo del dolor.

Signos vitales:

Temperatura: 37 °C, frecuencia cardíaca: 103 x min se palpa pulso radial taquiarritmico rápido regular frecuencia respiratoria: 18 x min patrón respiratorio irregular con disnea en reposo. Tensión arterial: 129/ 86 mm/dg Normo tensión, llenado capilar 2 segundos.

Somatometría:

Peso: 14.5 kg. Talla: 1. 18 cm perímetro cefálico: 54 cm perímetro abdominal: 44 cm

Piel: color moreno oscura se observa suave, tersa y lisa con presencia de vellosidades bien hidratada con palidez generalizada se observa cicatrices en los brazos por vía venoso-periférica

Cabeza: simétrica, sin malformaciones, con gestos faciales, fontanelas integra, sin ninguna alteración con tamaño normal de acuerdo con su edad, su cabello es lacio y negro con espeso se encuentra higiénicamente limpio su cabello suave e hidratado sin presencia de caspa.

Cara: forma redonda

Ojos: Asimétricos, pupilas isocorias normo reflexiva, pestañas con buena implantación se observan con movimientos normales, buena lubricación, color de café claro.

Nariz: se observa de forma simétrica recta con buena permeabilidad las narinas en un no tiene buen estado aleteo nasal con presencia de vellosidades vidriosas en todas las partes de la nariz, no se observa malformaciones o lesiones aparentemente buena coloración y de mucosa.

Boca: se observa mucosa, hidratada rosada sin alteraciones labios delgados y pequeños, barbilla se encuentra normal. Su dentadura se encuentra completa, sin presencia de caries campañilla normal la lengua se encuentra limpia, con tubo endotraqueal con dispositivo de blender con fio2 al 98%,

Cuello: se observa musculo de igual tamaño, con movimientos suaves, se presenta dolor al movimiento de palpar la tráquea se observa la localización central en la línea media.

Tórax: se observó Normo lineo con buena amplexión y amplexación simétrico de las mamas piel intacta con temperatura uniforme, patrón respiratorio irregular con disnea en reposo con ruidos sibilantes bilateralmente, precordio arrítmico con presencia de tos.

Extremidades: presenta dolor en las extremidades inferiores son de tamaños simétricos, se observa piel rosada, con una temperatura anormal, con textura elástica no presenta ausencia de edemas. Se observa músculos de igual tamaño ambos lados de cuerpo, ausencia de movimientos

Genitales: Se encuentra con vulva, clítoris y labios vaginales tiene rozaduras en glúteos y la región del perineo ano permeable.

Estado neurológico: desorientado, en persona, tiempo y espacio pupilas isocorias 2 mm normo reflexiva puntuación de Glasgow 10 presenta dolor en extremidades inferiores.

8.2.-Diagnósticos de enfermería según el caso

Análisis de datos recolectado

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	SIGNOS Y SINTOMAS ENCONTRADOS EN EL PACIENTE	ETIQUETA DIAGNOSTICA
I.- patrón percepción – control de la salud.	La paciente en edad escolar con 58 días de estancia hospitalaria observa encamado decúbito lateral derecho, e inquieta con fascias de dolor, con palidez generalizada, piel reseca hipoactiva, con rigidez muscular con tubo de traqueostomía, con dispositivo de blender con fio2 al 98%, llenado capilar de 2 segundos, se observa abundantes secreciones por la cavidad oral. Con diagnóstico de Epilepsia, la madre opina que el tratamiento está funcionando correctamente. Presenta úlcera por presión en la zona lumbar y sacra, presenta irritabilidad al momento de realizar el cambio de posición debido a la úlcera.	<p>Etiqueta: Protección ineficaz</p> <p>Definición: Disminución de la capacidad para autoprotgerse de amenazas internas y externas, tales como enfermedades o lesiones.</p> <p>Etiqueta: Riesgo de infección</p> <p>Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud</p> <p>Etiqueta: Deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Definición: Alteración de la epidermis y/o de la dermis</p> <p>Etiqueta: Riesgo de caídas</p>
II.- patrón nutricional – metabólico.	Cuenta con un peso de 14.5 kg, y una talla de 1.48 m. Presenta incapacidad para succionar ya que presenta debilidad de los músculos mandibular, tiene tubo de traqueostomía, actualmente cuenta con dieta licuada 250 ml cada seis horas la ingesta es a través de sonda de gastrostomía	<p>Etiqueta: Deterioro de la deglución.</p> <p>Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit</p>

	<p>, por el momento tiene restricción de alimentos sólidos, además de ser intolerante a la lactosa, tiene una herida quirúrgica localizada en mesogastrio.</p> <p>Se observa piel hidratada con palidez generalizada, presencia de anorexia por su enfermedad (desnutrición), cicatrices en los brazos debido por la instalación de cateter venoso periférico</p>	<p>de la estructura o función oral, faríngea o esofágica</p> <p>Etiqueta: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.</p> <p>Definición: Ingesta insuficientes para satisfacer las necesidades metabólica.</p>
--	---	---

<p>III.- Patrón de Eliminación</p>	<p>heces semilíquidas color amarillo claro</p>	<p>Etiqueta: Diarrea</p> <p>Definición: Evacuación de tres o más deposiciones blandas o líquidas por día</p>
<p>IV.- Patrón de actividad- ejercicio.</p>	<p>Frecuencia Cardiaca:103 lat/min, Tensión arterial: 129/86mmgh</p> <p>Frecuencia respiratoria: 18 lat/min, el pulso es fuerte, se encuentra con traqueostomía con dispositivo de blender con fio2 al 98%, llenado capilar de 2 segundo, presenta abundantes secreciones blanquecinas espesas por cavidad, por traqueo son moderas amarillentas.</p>	<p>Etiqueta: Patrón respiratorio ineficaz.</p> <p>Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada</p> <p>Etiqueta: Deterioro de la movilidad física.</p>

	La fuerza de la niña se percibe débil, no practica ningún tipo de actividad recreativa ya que siempre se mantiene encamada	Definición: Limitación de movimientos independientes e intencionado del cuerpo o de una o mas extremidades.
V.- Patrón sueño – descanso.	no conciliar el sueño que le tienen que dar medicamento clonazepam para dormir por la mañana y en la noche y solo así puedes descansar, se observan ojeras, sé despierta por las noches frecuentemente si no le dan el medicamento. Al momento de la valoración se observa irritable e inquieta	Etiqueta: Deprivación de sueño Definición: Periodos prolongados de tiempo sin una suspensión sostenida, periódica y natural de la conciencia que proporcione descanso.

VI.- Patrón cognitivo – perceptivo.	J.N.S.C Se observa alerta e inquieta con fascias de dolor, la paciente no se encuentra ubicada en tiempo lugar y espacio ya que presenta problemas neurológicos, se le realiza la valoración de Glasgow obteniendo una puntuación con 10.	Etiqueta: Dolor agudo Definición: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final
-------------------------------------	---	---

		anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses
VII-Patrón Autopercepción- autoconcepto.	observa inquieta con movimientos involuntarios, presenta dificultad para relajarse, su postura corporal es de rigidez muscular de miembros superiores e inferiores.	Etiqueta: Riesgo de trastorno de la identidad personal. Definición: Susceptible a una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que pueda comprometer la salud
VIII.- Patrón rol – relaciones.	La familia está integrada por padre, madre y hermana ella es la primera integrante de la familia, la madre expresa que su hija no se puede comunicar de ninguna manera ya que no puede hablar ni moverse. La madre es ama de casa, desempleada, es ayudada por sus abuelos maternos quienes son los proveedores principales de la familia y el padre es comerciante es proveedor económico. Tiene una hija de 5 años aparentemente sana.	Etiqueta: Cansancio del rol de cuidador Definición: Dificultad para cumplir con las responsabilidades de cuidado, expectativas y/o conductas para con la familia o personas significativas
X.-Patrón Afrontamiento y tolerancia al estrés	El ruido del ambiente hospitalario menciona su madre que la pone intranquila. La madre menciona el estado de salud de su hija la estresa ya que tiene mucho tiempo en el hospital. he irritable presenta expresiones faciales.	Etiqueta: Ansiedad Definición: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
IDENTIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS

Dominio	Etiqueta Diagnóstica	R/C	Factores Relacionados	M/P	Características Definitorias
Clase					
Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 4 Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares	Patrón respiratorio ineficaz	R/C	Deterioro neurológico	M/P	Patrón respiratorio anormal
Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 2 Actividad/Ejercicio	Deterioro de la movilidad física	R/C	Deterioro neuromuscular	M/P	Disminución de la amplitud de movimientos
Dominio: 2. Nutrición Clase: 1. Ingestión	Deterioro de la deglución	R/C	Problema neurológico	M/P	Succión ineficaz
Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión Física	Riesgo de caídas	R/C	Deterioro de la movilidad	M/P	

Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: 2 Gestión de la salud	Protección ineficaz	R/C	Mala condición física	M/P	Deterioro de la movilidad física
Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 1 Infección	Riesgo de infección	R/C	Personas expuestas al incremento de patógenos en el ambiente	M/P	
Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión Física	Deterioro de la integridad cutánea	R/C	Humedad	M/P	Sequedad de la piel
Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	R/C	Dificultad para deglutir	M/P	Peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y sexo
Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 2 Función gastrointestinal	Diarrea	R/C	Régimen terapéutico	M/P	Dolor abdominal

Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 1 Sueño/reposo	Deprivación de sueño	R/C	Perturbaciones ambientales	M/P	Ansiedad
Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico	Dolor agudo	R/C	Lesión por agentes biológicos	M/P	Conducta expresiva
Dominio: 7 Rol/relaciones Clase: 1 Roles de cuidador	Cansancio del rol de cuidador	R/C	Deterioro del estado de salud	M/P	Fatiga
Dominio: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento	Ansiedad	R/C	Dolor	M/P	Expresa angustia
Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 Lesión física	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	R/C	Mucosidad excesiva	M/P	Tos ineficaz

Planificación

Redacción de diagnósticos de enfermería priorizados

Diagnostico	Tipo de Diagnostico	Priorización de acuerdo con la Teoría de Necesidades de Abraham Maslow
Patrón respiratorio ineficaz R/C Deterioro neurológico M/P Uso de los musculos accesorio para respirar.	Real	Fisiología
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Cuerpo extraño en las vías aéreas M/P Cantidad excesiva de esputo, usó de los musculos accesorios para respirar	Real	Fisiología
Dolor agudo R/C Lesión por agente fisico M/P Expresión facial de dolor.	Real	Fisiologico
Deterioro de la movilidad física R/C Deterioro neuromuscular M/P Disminución de la amplitud de movimientos	Real	Fisiología

Protección ineficaz R/C Mala condición física M/P Deterioro de la movilidad física	Real	Seguridad
Deterioro de la deglución R/C Problema neurológico M/P Succión ineficaz	Real	Fisiología
Riesgo de caídas R/C Deterioro de la movilidad	Riesgo	Seguridad
Riesgo de infección R/C Personas expuestas al incremento de patógenos en el ambiente	Riesgo	Fisiología
Deterioro de la integridad cutánea R/C Humedad M/P Sequedad de la piel	Real	Fisiología
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C Dificultad para deglutir M/P Peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y sexo.	Real	Fisiología

Diarrea R/C Ansiedad M/P Dolor abdominal.	Real	Fisiología
Deprivación de sueño R/C Perturbaciones ambientales M/P Ansiedad.	Real	Fisiología
Cansancio del rol de cuidador R/C Deterioro del estado de salud M/P Fatiga	Real	Autorrealización
Ansiedad R/C Dolor M/P Expresa angustia	Real	Afiliación

Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico de enfermería: Patrón Respiratorio Ineficaz R/C Deterioro neurológico M/P Uso de los musculos accesorio para respirar.

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
Dominio: (02) Salud fisiológica Clase: (E) Cardiopulmonar	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo respiratorio • Profundidad de la inspiración • Ruidos respiratorios • Vías aéreas permeables • Saturación de oxígeno 	Desviación grave del rango normal. (1) Desviación sustancial del rango normal. (2) Desviación moderada del rango normal (3) Desviación leve del rango normal. (4) Sin desviación del rango normal. (5)	MANTENER A: 10 AUMENTAR A: 15

	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	BIBLIOGRAFIA
CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo CLASE: K Control respiratorio	Ayuda a la ventilación	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable • Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación • Monitorizar los patrones de respiratorio. • Observar si hay fatiga muscular. 	<p>Estimulación de un esquema respiratorio espontaneo óptimo que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.</p> <p>Mantenimiento de la traqueostomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización</p> <p>Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España).</p>
	Manejo de las vías aéreas artificial	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el lavado de mano. • Utilizar el equipo de protección universal (guantes, gafas y mascarilla) • Aspirar la orofaríngea • Cambiar las cintas de sujeción del tubo endotraqueal cada 24horas. • Inspeccionar la piel alrededor del traqueo 	
Elaboro: Anahi Sánchez Vidal			

Evaluación
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico de enfermería: Patrón Respiratorio Ineficaz R/C Deterioro neurológico M/P Uso de los musculos accesorio para respirar.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Analizado los datos del paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas	Ayuda a la ventilación	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación • Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación 	Al inicio del turno se realiza la toma de los signos vitales, se oculta campos pulmonares, 2 veces en el turno se le realiza aspiración de secreciones	Tomar signos vitales nos ayuda a identificar el estado de salud del paciente El paciente mantuvo un estado compensatorio en la ventilación
<p>Bibliografía. Herdman, T.H (2021-2023) (ed.). 12^a NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación.</p> <p>Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6^a. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España.</p> <p>Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7^a. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España).</p>				

Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física R/C Deterioro neuromuscular M/P Disminución de la amplitud de movimientos

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
Dominio: (01) Salud funcional Clase: (C) Movilidad	Movilidad	Movimiento muscular Mantenimiento del equilibrio. Movimiento articular	1. Gravemente comprometido. 2.Raramente comprometido. 3.Moderaramente comprometido 4.Levemente comprometido. 5.No comprometido	MANTENER A: 10 AUMENTAR A: 15

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	BIBLIOGRAFÍA
CLASE: C Control inmovilidad	Cambio de posición	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar sobre un colchón /cama terapéutica adecuado. • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. • Girar al paciente en bloque • Colocar en la posición terapéutica especificada. 	<p>Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico</p> <p>Estabilización, Inmovilización y/ o protección de una parte corporal lesionada con un dispositivo de soporte.</p> <p>Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España).</p>
	Inmovilización	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la posición y la integridad de la tracción. • Monitorizar la circulación (pulso, relleno capilar y sensibilidad) • Monitorización la presencia de hemorragia en la zona de lesión. • Recomendar la realización de ejercicios isométrico, cuándo proceda. 	
Elaboro: Anahi Sánchez Vidal			

Evaluación
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física R/C Deterioro neuromuscular M/P Disminución de la amplitud de movimientos

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Analizado los datos del paciente para que pueda moverse	Manejo de la energía	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria. • Disminuir las molestias físicas que puedan • Controlar la ingesta de nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. 	Durante el turno se realiza terapia física para que se pueda mover las articulaciones	Se realizar poco a poco las terapias físicas lo cual le ayuda a tener movilidad.

Bibliografía NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2021-2023. Madrid: Elsevier./ Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. (2021). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Madrid, Mosby./ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud.(2021) 6ta Edicion. Barcelona, España: Elsevier

Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la deglución R/C Problema neurológico M/P Succión ineficaz

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
Dominio: (02) Salud Fisiológico Clase: K Digestión y nutrición	Estado deglución	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo deglutorio aumentado. • Tos • Incomodidad al deglutir 	1. Grave 2.Sustancial 3.Moderado. 4.Leve 5.Ninguno	MANTENER A: 10 AUMENTAR A: 12

CAMPO: 1	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	BIBLIOGRAFÍA
Fisiológico: Básico CLASE: D Apoyo nutricional	Terapia deglución	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los miembros del equipo de cuidados para dar continuidad al plan de rehabilitación • Explicar el fundamento del régimen de la deglución al paciente/paciente. • Insertar una sonda de gastrostomía • Monitorizar presencia de dolor • Proporcionar cuidados bucales, sí es necesario 	Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España)
Elaboro: Anahi Sánchez Vidal			

Evaluación
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico de enfermería: Deterioro deglución R/C Problema neurológico M/P Succión ineficaz

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Analizado los datos del paciente para que pueda deglutir	Terapia deglución	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los miembros del equipo de cuidados para dar continuidad al plan de rehabilitación • Insertar una sonda de gastrostomía • Monitorizar presencia de dolor 	Durante el turno se le realiza movimiento mandibular, así como monitorizar del sitio de inserción de la sonda de gastro para identificar infección	A través de las intervenciones la paciente presento leve mejoría en la deglución así como también se monitorizo la sonda de gastro y se pudo evitar infección de la misma
<p>Bibliografía NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2021-2023. Madrid: Elsevier./ Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. (2021). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Madrid, Mosby./ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud.(2021) 6ta Edición. Barcelona, España: Elsevier</p>				

**Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados estandarizados**

Resultados

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Cuerpo extraño en las vías aéreas M/P Cantidad excesiva de esputo, usó de los musculos accesorios para respirar

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
Dominio: (02) Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar	Estado respiratorio	Vías aéreas permeables	1.Desviación grave del rango normal	MANTENER A: 12
		Saturación de oxígeno	2.Desviación sustancial del rango normal	AUMENTAR A: 15
		Ruidos respiratorios auscultado	3.Desviación moderada del rango normal.	
		Ritmo respiratorio	4.Desviación leve del rango normal.	
			5.-Sin desviación del rango normal.	

	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	BIBLIOGRAFÍA
<p>CAMPO: 2 Fisiológico compleja</p> <p>CLASE: K Control respiratorio</p>	<p>Aspiracion de vías aéreas</p> <p>Oxigenoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración. • Aspirar la nasofaringe con una jeringa de tipo pera o con un dispositivo de aspiración, según corresponda. • Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. • Administrar oxígeno suplementario según ordenes • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia. 	<p>Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea. oral, nasofaríngea o traqueal del paciente.</p> <p>Administración de oxígeno y control de su eficacia.</p> <p>Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España</p>
<p>Elaboro: Anahi Sánchez Vidal</p>			

Evaluación
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Cuerpo extraño en las vías aéreas M/P Cantidad excesiva de esputo, usó de los musculos accesorios para respirar

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Analizar las causas de las secreciones	Aspiración de vías aéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración. • Aspirar la nasofaringe con una jeringa de tipo pera o con un dispositivo de aspiración, según corresponda. 	Realizar el procedimiento de aspiración de secreciones 2 o 3 veces por cada turno o según la necesidad del paciente	Monitorizar de las vías aéreas si tienes sonidos respiratorios se mantuvo la permeabilidad de las vías aéreas.
Bibliografía. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2021-2023. Madrid: Elsevier./ Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. (2021). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Madrid, Mosby./ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud.(2021) 6ta Edición. Barcelona, España: Elsevier				

**Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados estandarizados**

Resultados

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo R/C Lesión por agente físico M/P Expresión facial de dolor.

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
Dominio: (4) Conocimiento y conducta de salud Clase: Q Conducta de salud	Control de dolor	Reconoce el comienzo del dolor Utiliza medidas de alivio no analgésicas Utiliza los analgésicos de forma apropiada Reconoce síntomas asociados del dolor	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado. 5.Siempre demostrado	MANTENER A: 10 AUMENTAR A: 15

	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	BIBLIOGRAFÍA
<p>CAMPO: 2 Fisiológico complejo</p> <p>CLASE: H Control de fármacos</p>	<p>Administración de analgésicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo. 	<p>Utilización de agente farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p> <p>Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.</p> <p>Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España</p>
	<p>Manejo de la medicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo. • Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación. • Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. 	
<p>Elaboro: Anahi Sánchez Vidal</p>			

Evaluación
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo R/C Lesión por agente físico M/P Expresión facial de dolor.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Control del dolor	Manejo de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos. • Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas 	Al inicio del turno monitorizar los signos vitales y se administra medicamento según lo indicado.	Se logró disminuir el dolor mediante técnicas de administración de medicamentos.
<p>Bibliografía. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2021-2023. Madrid: Elsevier./ Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. (2021). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Madrid, Mosby./ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud.(2021) 6ta Edición. Barcelona, España: Elsevier</p>				

Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea R/C Humedad M/P Sequedad de la piel

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
Dominio: (02) Salud fisiológica Clase: L Integridad tisular	Curación de la herida: por primera intención	Aproximación de los bordes de la herida Aumento de la temperatura cutánea Secreción serosa de la herida	1. Extenso 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno.	MANTENER A: 15 AUMENTAR A: 5

	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	BIBLIOGRAFÍA
<p>CAMPO: 2 Fisiológico complejo</p> <p>CLASE: L Control de la piel/heridas</p>	<p>Cuidados de las heridas</p> <p>Cuidados de las úlceras por presión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Despegar los apósitos y el esparadrapo. • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Medir el lecho de la herida, según corresponda. • Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. • Describir las características de la úlcera intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante. 	<p>Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.</p> <p>Facilitar la curación de úlceras por presión.</p> <p>Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.• Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.• Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.	
Elaboro: Anahi Sánchez Vidal			

Evaluación
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea R/C Humedad M/P Sequedad de la piel

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Localizar y curar las úlceras por presión	Cuidados de las úlceras por presión	<p>Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.</p> <p>Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.</p> <p>Limpia la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.</p>	Al inicio del turno monitorizar que tan profundidad tiene las úlceras por presión y realizar curación de herida	Se realizó el plan de cuidados para la atención de la herida la prevención de lesiones asociadas a la dependencia en el niño
<p>Bibliografía. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2021-2023. Madrid: Elsevier./ Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. (2021). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Madrid, Mosby./ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud.(2021) 6ta Edición. Barcelona, España: Elsevier</p>				

**Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica
Planificación de cuidados estandarizados**

Resultados

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C Dificultad para deglutir M/P Peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y sexo

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
Dominio: (02) Salud fisiológica Clase: K Digestión y nutrición	Estado nutricional	Ingesta de nutrientes Ingesta de alimentos Ingesta de líquidos Hidratación	1.Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3.Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal.	MANTENER A: 10 AUMENTAR A: 15
		Elaboro: Anahi Sánchez Vidal		

CAMPO: 1 Fisiológico básico	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	BIBLIOGRAFÍA
CLASE: D Apoyo nutricional	Manejo de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. • Determinar el número de caloría y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales • Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. • Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente. 	<p>Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.</p> <p>Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España</p>

	Ayuda para ganar peso	<ul style="list-style-type: none">• Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.• Controlar los niveles séricos de albúmina, linfocitos y electrolitos.• Fomentar el aumento de ingesta de calorías.	
--	-----------------------	--	--

Evaluación
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C Dificultad para deglutir
M/P Peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y sexo

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Manejar el aumento de peso de acuerdo con su edad	Manejo de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales • Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. 	Durante el turno se le proporciona la dieta con las calorías que requiere lo cual le permite aumentar su peso.	Monitorizar el paciente al momento que este dando la dieta
Bibliografía. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2021-2023. Madrid: Elsevier./ Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. (2021). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Madrid, Mosby./ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud.(2021) 6ta Edición. Barcelona, España: Elsevier				

Plan de Alta

Datos de identificación

Nombre del paciente: J.N.S.C Edad: 9 años Sexo: Femenino Fecha de Ingreso al Hospital: 20/ 02/ 23 Fecha de ingreso al servicio: 13/04/23 Fecha de Egreso: 14/05/2023

Servicio: Medicina Interna N° de cama: 424 Días de Hospitalización: 81 días

Procedencia: Comalcalco.

Alimentación

Su dieta prescrita es licuada 250 ml cada seis horas la ingesta es a través de sonda de gastrostomía.

Una dieta para la enfermedad de epilepsia debe incluir alta en grasas y baja en hidratos de carbono y proteínas. Es importante que incluyan en su dieta las grasas naturales.

Grupo de alimentos	Alimentos
Proteína de origen animal	Carnes frescas y curadas (panceta, jamón.etc), aves, huevos, hígado, embutidos, mariscos y pescado (los que contengan menos mercurio)
Grasas saludables	<ul style="list-style-type: none">• Aceite de coco, de aguacate, mantequilla, manteca (de cerdo y vaca) y demás grasas de animales.• Aceite de oliva virgen o virgen extra.• Salsas como la mayonesa que no estén echas con aceite de girasol o similar.• Quesos curados
Semillas y frutos secos	Almendras, nueces, piñones, semillas de calabaza y semillas de girasol.
Verduras	Coliflor, brécol, calabaza no dulce, calabacín, berenjenas, tomate, espárragos, alcachofa, coles de Bruselas, apio, repollo, pimientos, cebollas, cebolletas, puerro, aceitunas, rábanos, champiñones y setas. Todas las verduras de hoja verde (espinaca, col, acelga, lechugas, etc)
Lácteos	Nata

	Yogures griegos y/o naturales sin lactosa añadida. Todos los tipos de quesos.
--	--

Descanso y sueño

La frecuencia de las convulsiones puede aumentar debido a la falta o la perturbación del sueño. Los adolescentes en particular corren el peligro de sufrir convulsiones. Adopta hábitos de sueño adecuados siguiendo los consejos brindados:

- No tomar siestas, las siestas pueden alterar los patrones de sueño normales.
- No consumir estimulantes. Entre estos tenemos a la cafeína, la nicotina y el alcohol poco antes de irte a dormir.
- No consumir comidas abundantes poco antes de irte a dormir y consume tu cena dos o más horas antes de dormir.
- Queda expuesto al sol. La luz del sol permite mantener el ciclo de la melatonina, la hormona del sueño.
- Implementa una rutina o un ritual constantes. Colócate el pijama, lávate o báñate, lee (no en la cama), medita o reza; lo que prefieras para implementar la rutina.

Recomendaciones

Durante los primeros 5 minutos de la fase ictal se recomienda los siguientes cuidados:

- Mantener la calma
- Colocar al paciente en decúbito lateral, procurando que haya suficiente espacio alrededor de la persona
- Controlar la vía aérea
- No colocar objetos en la boca
- Medir la duración de la CC (Crisis convulsiva)
- Remover órtesis (cuando proceda)

Se ha propuesto que una CC con una duración mayor de 5 minutos puede definirse como estado epiléptico. Para su control se utiliza tratamiento farmacológico; esto corresponde a la fase de terapia inicial, que abarca desde 5 hasta 20 minutos de iniciada la CC.

El tratamiento de una CC que se prolonga por más de 5 minutos puede iniciar desde el traslado de la persona al hospital; se pueden administrar benzodicepinas por personal calificado.

Tratamiento farmacológico

Medicamento	Dosis De Inicio (Mg/K/D)	Dosis De Mantenimiento (Mg/K/D)	Frecuencia	Efectos Adversos Mas Frecuentes	Efectos Adversos Neurológicos Mas Frecuentes
Fenobarbital	1-3	3-8 (según grupo etario)	1-2 veces/d	Náuseas	Trastornos del sueño, sedación, hiperactividad, ataxia
Fenitoína	5-7	4-8 (hasta 10, según grupo etario)	1-3 veces/d, según la presentación	Hipertrofia gingival	Confusión, Trastorno del habla, diplopía, ataxia
Carbamazepina	10-20	10-35	2-3 veces/d, según tipo de suspensión	Náuseas, vómitos, diarrea, hiponatremia	Mareos, zumbidos, visión doble, visión borrosa, cefalea, letargia
Oxcarbamazepina	8-10	30-40 (usualmente menos de 60)	1-3 veces/d, según la presentación	náuseas, hiponatremia	Cefalea, ataxia, sedación, mareos, vértigo, diplopía
Valproato	10-15	30-60	2-3 veces/d	Aumento de peso, náuseas, vómitos, caída de cabello, transaminasemia, teratogenicidad	Tremor y mareos
Clonazepam	0.01-0.03	0.2 mg/k/d (menores de 30 kg) - 20mg/día	2-3 veces/d	Agitación psicomotriz	Somnolencia, depresión, agresividad, irritabilidad, ataxia
Topiramato	1-3	5-9	2 veces/d	Pérdida de peso, parestesias, fatiga	Nerviosismo, dificultades de concentración, tremor, ansiedad, confusión

Cuidados de la sonda de gastrostomía

- Vigilar que la sonda no tenga fuga y evitar se salga , realizar curación del sitio de incisión manténgala cubierta
- Colocar gasa elástica alrededor del estómago para cubrir el lugar de la sonda si es necesario.

Bañarse:

- Realizar baños de esponja mientras tenga la sonda PEG/MIC, pero no una ducha o baño de tina.
- Realizar lavado de mano
- Realizar higiene bucal

Cuidado del sitio de la incisión:

- Diariamente lave con agua y un jabón suave la piel alrededor de la sonda. Seque la piel completamente. Si usa vendaje, cámbielo cada día o cuando se moje o ensucie.
- Verifique diariamente que la piel alrededor de la sonda gástrica no esté roja o inflamada.
- Si la sonda causa que la piel esté roja o inflamada o si observa sangre o pus (liquido amarillo/blancuzco) alrededor de la incisión, llame a su doctor.

Examine el globo de la sonda una vez por semana:

- El globo mantiene la sonda en su lugar. Verifique una vez por semana la cantidad de agua en el globo; hágalo el mismo día de la semana.
- Siempre siga estas instrucciones:
 - ¡Lávese las manos!
 - Conecte una jeringa de 5 o 10 ml (se le proporciona en su equipo) a la entrada del balón de la sonda.
 - Para succionar el agua del globo, mantenga la sonda en su lugar y jale suavemente el embolo de la jeringa.
 - Verifique que el balón tiene la cantidad apropiada de agua:
 - Si la cantidad es la correcta, introduzca de nuevo el agua en el globo. Mantenga su dedo en la punta de la jeringa y suavemente desconéctela de la entrada del globo. Al desconectarla, mantenga la presión para prevenir que el agua regrese a la jeringa.
 - Si la cantidad no es la correcta, agregue agua usando la jeringa hasta alcanzar la cantidad apropiada. Por ejemplo, si le indicaron que se necesitan 5 ml de agua y tiene 4 ml, agregue 1 ml de agua al globo usando la jeringa.

- Cambie la sonda SOLAMENTE si ha recibido entrenamiento de cómo hacerlo.
- Llame al gastroenterólogo o enfermera de su niño e infórmeles que se necesita cambiar la sonda.

Si la sonda se sale de su lugar:

- Cambie la sonda gástrica SOLAMENTE si ha recibido entrenamiento y tiene una sonda nueva.

CONCLUSIÓN

El Proceso Enfermero es de suma importancia para la atención de los pacientes ya que permite a la enfermera utilizar el pensamiento crítico para efectuar diagnósticos de problemas de salud reales y potenciales, además de que permite brindar cuidados de enfermería más eficaces orientadas no solo al bienestar del paciente, sino también de su familia y la sociedad en general. Se puede recopilar que se lograron en su mayoría las medidas establecidas para contribuir a la mejora de las condiciones de la salud del usuario.

El diagnóstico de una epilepsia es un reto y debe basar en una historia clínica detallada y específica. Si desde el inicio existen dudas razonables sobre el diagnóstico de epilepsia o si el paciente no responde bien al tratamiento antiepiléptico, recomendamos derivar al paciente a un centro especializado que establezca un diagnóstico definitivo.

La valoración del paciente se llevo a cabo por medio de entrevista y la observación que es un método más útil a la hora de recolectar la información de los pacientes. Se está enfocado principalmente en pacientes pediátricos para un escolar y que evaluar la enfermedad de la epilepsia, en este presente trabajo aprendí comunicar con los familiares del paciente pediátrico y poder ejecutar planes de cuidados.

Una vez concluido el P.A.E. de acuerdo con respuestas humanas, cabe mencionar que continúa vigente como una herramienta indispensable para mejorar la atención al individuo intra y extrahospitalaria elevando la calidad de vida y marcando la pauta para la profesionalización de la enfermería, porque esta es la aplicación plena del método científico.

Referencias bibliográficas

Behrman, N. (2020). *Tratado de Pediatría*. España: Elsevier.

GARCIA, I. M. (24 de julio de 2017).

<https://www.easp.es/virtual/docencia/mod/forum/discuss.php?d=74328>. Obtenido de

<https://www.easp.es/virtual/docencia/mod/forum/discuss.php?d=74328>.

Gloria M. Bulechek, J. M. (s.f.). *Clasificación de intervenciones de enfermería*. España : ELSEVIER .

Heather Herdman, S. K. (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermería*. Nueva York:

Thieme Medical Publishers, Inc.

https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/#google_vignette. (1 de octubre de 2022).

Obtenido de https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/#google_vignette.

<https://es.wikidat.com/info/marjory-gordon>. (2022). Obtenido de

<https://es.wikidat.com/info/marjory-gordon>.

<https://www.choc.org/wp/wp-content/uploads/2016/02/G-tube-home-care-spanish.pdf>. (mayo de

2015). Obtenido de [https://www.choc.org/wp/wp-content/uploads/2016/02/G-tube-](https://www.choc.org/wp/wp-content/uploads/2016/02/G-tube-home-care-spanish.pdf)

[home-care-spanish.pdf](https://www.choc.org/wp/wp-content/uploads/2016/02/G-tube-home-care-spanish.pdf).

Juárez-Rodríguez, P. A. (2019). <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019pdf>.

Kozier, B. (2008). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA*. Madrid (España): PEARSON.

Madrid, D. H. (2017). *Epilepsia*. Mexico : Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán . Obtenido de <https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/epilepsia.pdf>.

Madrid, D. H. (2017). <https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/epilepsia.pdf>. Obtenido de <https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/epilepsia.pdf>.

Marriner Tomey A, R. A. (2018). *Modelos y Teoría de enfermería*. España: Elsevier. Obtenido de <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/239/283/4919?inline=1#:~:text=La%20Enfermer%C3%ADa%20es%20la%20disciplina,y%20los%20valores%20y%20expectativas.>

MARTÍNEZ, D. R. (s.f.). *Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescentes*. Mexico : Manual Moderno

MORILLO, J. (2007). *Manual de enfermería en asistencia prehospitalaria urgente*. Madrid: Isevier.

Obtenido de

https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf.

Palomino, D. E. (Noviembre de 2020). *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA EN PEDIATRÍA*. Obtenido de *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA EN PEDIATRÍA*.

Sue Moorhead, M. J. (2020-2023). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. España: ELSEVIER.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

HRAEN: Hospital regional alta especialidad del niño

DPE: desnutrición proteínico-energética

IRM: Imagen por resonancia magnética

GLOSARIO DE TERMINOS

- ❖ **Alimentación artificial:** Se usa cuando el paciente no puede alimentarse de manera adecuada por vía oral durante un periodo largo de tiempo. Ya sea por motivos físicos o psicológicos. Es una forma de alimentación usando un tubo fino (sonda), que llega al estómago o intestino.
- ❖ **Autoestima:** Un aspecto muy importante de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad, es la autoestima; es decir el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor.
- ❖ **Ansiedad:** Es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo.
- ❖ **Análisis de datos:** convierte datos sin procesar en información práctica. Incluye una serie de herramientas, tecnologías y procesos para encontrar tendencias y resolver problemas mediante datos.

- ❖ **Auditivas:** Relacionado con el oído y el sentido de audición.
- ❖ **Alteración en la memoria:** Incapacidad para aprender y recordar nueva información. Disminución en la capacidad para realizar actividades sociales y laborales. Dificultad para recordar nombres de personas conocidas. Dificultad para recordar actividades de la vida cotidiana.
- ❖ **Anticonvulsivos:** Tipo de medicamento que se usa para prevenir o tratar las convulsiones, las crisis convulsivas o las crisis epilépticas mediante el control de la actividad eléctrica anómala en el encéfalo. Los anticonvulsivos se utilizan para el tratamiento de la epilepsia y otros trastornos convulsivos.
- ❖ **Anorexia:** Es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una restricción de la ingesta de alimentos y la pérdida significativa de peso. Las afectadas son mayoritariamente mujeres (10 por cada hombre) y tienen una percepción distorsionada de su propio cuerpo que hace que se vean gordas aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado.
- ❖ **Análisis de sangre:** Es una prueba médica que se utiliza para conocer numerosos datos sobre el organismo, lo que ayuda a los especialistas a verificar el estado de salud del paciente.
- ❖ **Cuidado de enfermería:** Abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

- ❖ **Consumo excesivo:** es una situación en la que el uso de recursos ha superado la capacidad sostenible del ecosistema. Un patrón prolongado de consumo excesivo conduce a la degradación ambiental y al eventual agotamiento de las bases de los recursos.
- ❖ **Convulsión:** Corresponde a cambios físicos o cambios en el comportamiento que ocurren durante un episodio de actividad eléctrica anormal en el cerebro.
- ❖ **Crisis:** Cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados.
- ❖ **Crónica:** consiste en la exposición de acontecimientos, con la peculiaridad de la introducción de elementos de valoración e interpretación por parte del cronista.
- ❖ **Digestión:** es el proceso por el cual el aparato gastrointestinal recupera nutrientes importantes para el cuerpo y transforma químicamente los alimentos no utilizados en residuos.
- ❖ **Desempeño del rol:** Es el patrón de comportamiento, esperado de la persona que desempeña un trabajo, independientemente de la persona que lo ocupe.
- ❖ **Deshidratación:** Ocurre cuando una persona no toma suficiente líquido o pierde demasiado líquido. Sus células y órganos dependen del agua. Sin ella, el cuerpo humano no puede funcionar correctamente.
- ❖ **Glucemia:** Es un análisis que mide la cantidad (concentración) de glucosa presente en la sangre. Este análisis sobre todo se realiza para estudiar la posible presencia de una diabetes mellitus. Como es una enfermedad muy compleja, con grandes

repercusiones de salud y requiere tratamiento este análisis es muy útil y se realiza de forma rutinaria.

- ❖ **Glucógeno:** es un polisacárido de reserva energética de los animales, formado por cadenas ramificadas de glucosa; es soluble en agua, en la que forma dispersiones coloidales. Abunda en el hígado y en el músculo.
- ❖ **Hiperlipidemia:** son un conjunto de trastornos del metabolismo de las grasas o lípidos, que se caracterizan por un aumento en sangre de las mismas, principalmente del colesterol y/o los triglicéridos.
- ❖ **Ingesta inadecuada:** es aquella que supone algún desequilibrio en nuestra salud. Esto incluye las dietas cargadas de grasas y azúcares refinados y que, a su vez, no aportan los nutrientes esenciales que promueven el buen funcionamiento del organismo.
- ❖ **Magnesio:** es un nutriente que el cuerpo necesita para mantenerse sano. El magnesio es importante para muchos procesos que realiza el cuerpo.
- ❖ **Masa corporal:** es la cantidad de materia de los cuerpos. El peso es la fuerza que ejerce la gravedad sobre una masa. La masa se mide en kilogramos(kg) o en gramos(g).
- ❖ **Medicamento:** son compuestos químicos que se utilizan para curar, detener o prevenir enfermedades; para aliviar síntomas; o para ayudar a diagnosticar algunas enfermedades.
- ❖ **Motoras:** es simplemente una acción que involucra al bebé usando sus músculos.
- ❖ **Mecanismos:** Manera de producirse o de realizar una actividad, una función o un

proceso.

XIII. ANEXOS (instrumento de recolección de datos, cuadros, trípticos, materiales interactivos, etc.)

ANEXO 1

Guía de valoración según patrones funcionales

De salud para el usuario pediátrico

Datos biográficos e institucionales:

Fecha _____ Fecha de ingreso

Nombre _____ Género _____ Fecha de nacimiento _____

Institución _____ Número de afiliación

Servicio _____

Cama _____

Nombre del padre / tutor _____

Edad _____

Escolaridad _____ Ocupación _____ Religión _____

Nombre de la madre / tutor _____ Edad

Escolaridad _____ Ocupación _____

Religión

Ingreso económico familiar mensual

Motivo de la visita o principal problema

Diagnóstico médico

Tratamiento médico actual

Antecedentes:

Enfermedades anteriores.

Historia familiar de enfermedad.

Historia de la enfermedad actual.

I. Patrón percepción / mantenimiento de la salud.

Servicios y características higiénicas de la vivienda (hacinamiento y promiscuidad), especificar:

Cuidados o hábitos higiénicos en el niño,
especificar: _____

Contacto con enfermos infectocontagiosos o animales domésticos,
especificar:

Existencia de factores de riesgo en el hogar y comunidad para el niño,
especificar

Discapacidad física o mental que puedan desencadenar un accidente
¿cuáles?

Se detecta interés de los padres / tutores por el cuidado de la salud del
niño y asistencia a control médico, en caso negativo, especificar _____

Tratamiento médico en el hogar, especificar

¿cuál? _____

Realización de cuidados para conservar y recuperar la salud del niño
en caso negativo, especificar _____

Existencia de algún tipo de alergia en caso afirmativo especificar ¿cuál
y a qué?

Inmunizaciones recibidas, _____

II. Patrón nutricional / metabólico.

Estado físico actual.

Peso _____ Talla _____ Perímetro cefálico _____ Perímetro

Torácico _____

Perímetro abdominal _____ Segmento superior _____

Segmento Inferior _____

Glucemia _____ Temperatura corporal _____.

Características de:

Piel

Cabello

Uñas

Mucosa oral

Encías

Lengua.

Labios.

Faringe.

Dentadura.

Presencia de:

Anorexia _____ Náusea _____ Vómitos _____ Pirosis _____

Polifagia _____

Polidipsia _____ Regurgitaciones _____ Incapacidad para
succionar _____

Disfagia _____ Edema _____ Dolor
gastrointestinal _____

Crecimiento ganglionar _____ Heridas _____

Infusiones _____ Drenajes _____

Otros _____

Aceptación e ingesta de la dieta y líquidos en 24 horas prescrita en la
unidad hospitalaria, en caso negativo, especificar ¿por
qué? _____

Lactancia materna en caso negativo,
especificar _____

Existencia de problemas inmunológicos, en caso afirmativo, especificar:

III. Patrón de eliminación

Estado físico actual.

Características de:

Orina: Color _____ Olor _____ Frecuencia _____

Cantidad _____ Heces: Consistencia _____

Color _____ Olor _____ Frecuencia _____

Cantidad _____

Sudor _____

Presencia de:

Halitosis _____ Flatulencia _____ Esfuerzo al defecar _____

Constipación _____

Dolor al evacuar _____ Diarrea _____ Distensión abdominal _____

Fístulas _____

Peristaltismo intestinal _____ Uso de laxantes _____

Parásitos _____
Ostomías _____ Disuria _____ Oliguria _____ Poliuria _____
Hematuria _____
Coluria _____ Proteinuria _____ Glucosuria _____
Polaquiuria _____
Nicturia _____ Incontinencia urinaria _____ Enuresis _____ Drenaje
urinario _____
Otros (especificar) _____

IV. Patrón actividad / ejercicio.

Estado físico actual.

Frecuencia cardíaca _____ Frecuencia del pulso
_____ Tensión arterial _____

Frecuencia
respiratoria _____

Características de:

Pulso _____

Llenado capilar

Secreciones broncopulmonares

Fuerza muscular

Postura

Presencia de:

Soplos _____ Disnea _____ Distensión venosa yugular _____ Aleteo
nasal _____

Cianosis _____ Retracción xifoidea _____ Tiros
intercostales _____ Estertores _____

Quejido respiratorio _____ Tos _____ Estridor laríngeo _____ Piel
marmórea _____

Sudoración fría _____ Palpitaciones _____ Disfonía _____

Lipotimias _____ Vértigos _____ Acúfenos _____

Fosfénos _____ Falta de energía _____ Malestar y debilidad con el
ejercicio _____ Epistaxis _____

Palidez de tegumentos _____ Ictericia _____

Apoyo ventilatorio

(especificar) _____

Inflamación de articulaciones _____ Contracturas
musculares _____

Limitaciones para el movimiento o su autocuidado

V. Patrón reposo / sueño.

Presencia actual de:

Cansancio _____ Temblor de manos _____ Ojeras _____ Párpados
inflamados _____

Enrojecimiento de conjuntivas _____ Bostezos _____ Expresión
vacía _____

Indiferencia _____ Confusión _____

Falta de concentración _____ Habla pausada _____ Habla _____
dificultosa _____ Irritabilidad _____ Otros _____

Horas de sueño habituales en 24 horas y durante la estancia hospitalaria,
especificar:

Periodos de descanso habituales y en el hospital, especificar:

_____ Dificultad y hábitos del niño para conciliar el sueño,
especificar:

Calidad del sueño, especificar:

VI. Patrón cognitivo / perceptual.

Estado físico y mental actual.

Orientación (persona, tiempo, y espacio) especificar:

Presencia de:

Crisis convulsivas _____ Midriasis _____ Miosis _____

Anisocoria _____ Miosis _____ Irritabilidad _____
Dolor _____ Afasia _____ Hiperestesia _____
Hipoestesia _____ Parestesia _____ Parálisis _____ Signos
meníngicos _____
Otros _____

Problemas con:

La memoria _____ La
concentración _____

El razonamiento _____.

Alteraciones:

Vista _____ Olfato _____ Audición _____

Gusto _____ Equilibrio _____

Presencia de reflejos, especificar
¿cuáles? _____

Características de:

Tono muscular, especificar:

Fontanela anterior y posterior,
especificar: _____

VII. Patrón de autoimagen / autoconcepto.

Presencia actual de:

Nerviosismo _____ Conducta violenta _____ Suspiros _____

Temblores _____

Dificultad para relajarse _____ Apatía _____.

Percepción que tiene el niño sobre sí mismo, especificar:

Aceptación de su imagen corporal en caso negativo, especificar ¿por
qué?

Existencia de algún temor, miedo y preocupaciones, en caso afirmativo,
especificar _____ ¿a _____

qué?

Estado de ánimo del niño, especificar:
_____ - _____

Estado de ánimo de los padres / tutores, especificar:

Existencia de cooperación en los cuidados por parte de padres / tutores y del propio niño en caso negativo especificar, ¿por qué?

VIII. Patrón rol / relaciones.

Presencia actual de:

Dificultad para concentrarse y expresar sus

sentimientos _____ Introversión _____

Extroversión _____ Cambios en el estado de ánimo _____

Tristeza _____ Llanto _____ Incapacidad para llorar _____

Cólera _____

Dificultades en la participación _____

Aislamiento _____ Rechazo a padres / tutores _____ Dificultades en la comunicación _____

Lugar que ocupa en la familia: _____ Número de hermanos _____

Personas con las que convive diariamente, especificar ¿cuáles?

Existencia de sentimiento de pérdida en el niño en caso afirmativo,

Especificar _____ ¿por _____

qué?

Estado civil de los padres, especificar:

Dificultades en los padres / tutores para el cumplimiento de su rol en caso afirmativo, especificar _____

Existencia de abandono en el niño en caso afirmativo, especificar ¿de qué tipo?

IX. Patrón sexualidad / reproducción.

Estado físico actual.

Presencia de alteraciones en genitales en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

Presencia de alteraciones en glándulas
mamarias en caso afirmativo, especificar

Mujer

Menarquía _____ Días por ciclo _____ Fecha de última
menstruación _____

Edad

Presencia de dismenorrea _____.

Hombre

Pubarquia _____ Cambio en el timbre de la voz _____

Edad

Desarrollo de genitales externos

Educación sexual por parte de padres / tutores en caso negativo,
especificar

Existencia de inquietudes relacionadas con el sexo en caso afirmativo, especificar

Prácticas sexuales, especificar:

Empleo de métodos de planificación familiar en caso afirmativo
especificar ¿cuáles?

X. Patrón afrontamiento / estrés.

Presencia actual de:

Inquietud _____ Tensión muscular _____ Postura
rígida _____ Conducta autodestructiva _____ Manos
húmedas _____ Boca seca _____

Cambios en el estilo de vida _____ Negación del
problema _____ Hipersensibilidad a la
crítica _____ Conducta manipuladora _____

Autocompasión _____

Otros _____

Respuesta habitual del niño ante una situación de estrés, especificar:

Opciones elegidas por el niño para canalizar el estrés, especificar:

Respuesta del niño ante la hospitalización, especificar:

Respuesta familiar habitual ante una situación de estrés, especificar:

Respuesta de los padres / tutores ante la hospitalización del niño, especificar:

Existencia de dificultades familiares para afrontar el problema de salud del niño en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

Existencia de violencia intrafamiliar en caso afirmativo, especificar ¿persona?

XI. Patrón valores / creencias.

Actitud religiosa del niño, especificar:

Actitud religiosa de los padres / tutores, especificar: _____

Demanda de servicios religiosos para el niño en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

Mitos y creencias de los padres / tutores relacionados con el cuidado de la salud, especificar:

Resultados relevantes de exámenes de laboratorio y gabinete (registrar fecha) _____

Anexo 2

PIRAMIDE DE NECESIDADES DE MASLOW.



Anexo 3

tríptico

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS

La mayoría de los niños tienen pocos problemas o ninguno con los efectos secundarios de los medicamentos anticonvulsivos. Los efectos secundarios varían según el medicamento.



COMPRENDER LA EPILEPSIA Y LAS CONVULSIONES

Hay muchos tipos diferentes de convulsiones. Algunas son muy breves, duran solo unos segundos, mientras que otras pueden durar unos minutos. Algunas pueden provocar movimientos bruscos incontrolables, mientras que otras provocan confusión o una mirada perdida. El tipo de convulsión que tiene una persona depende de dónde se produce la convulsión en el cerebro y qué parte del cerebro está involucrada.

Lic. Anahi Sanchez Vidal

EPILEPSIA

DEFINICION

Es "la ocurrencia transitoria de síntomas y/o signos causados por una actividad neuronal cerebral sincrónica (que se presenta en un mismo tiempo), anormal y excesiva".

Incluye una serie de trastornos cerebrales, complejos, crónicos y se caracteriza por crisis recurrentes, no-provocadas.



PRINCIPALES MANIFESTACIONES

Hay, en general, tres tipos de crisis: focales, generalizadas y desconocidas.

OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA EPILEPSIA

Pueden ser debidas a las secuelas de las crisis frecuentes o el trastorno que originó a la epilepsia (como retraso en el desarrollo psicomotriz, alteración en la memoria, etc.) o por el uso mismo de los medicamentos.



TIPOS DE MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS

Hay muchos tipos diferentes de convulsiones y algunos medicamentos funcionan mejor para ciertos tipos de crisis convulsivas. Algunos tipos de crisis convulsivas comunes son las focales, las tónico-clónicas generalizadas y las de ausencia. También hay un número creciente de nuevos medicamentos que se pueden usar para tratar ciertos tipos de crisis convulsivas.

