



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

ESTUDIO DE CASO: LACTANTE MAYOR CON DEFICIT EN LOS
REQUISITOS UNIVERSALES SECUNDARIO A CRISIS CONVULSIVAS
APLICANDO
LA TEORIA DE DOROTHEA OREM.

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERIA INFANTIL.

PRESENTA: BERENICE GALLEGOS VÁZQUEZ.
ASESORADO POR: E.E.I. ALMA ADRIANA GRANADOS MÉNDEZ



TLAXCALA TLAX.

MARZO 2011.



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.

I N D I C E.

I.	INTRODUCCION.....	3
II.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	4
2.1	Objetivo General.....	4
2.2	Objetivo Especifico.....	4
III.	FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO.....	5
3.1	Antecedentes (estudios relacionados).....	5
3.2	Conceptualización de enfermería.....	11
3.3	Paradigma.....	12
3.4	Teoría de Dorothea Orem.....	15
3.5	Proceso de enfermería.....	26
3.6	Relación de la teoría de Orem y el proceso de enfermería.....	40
3.7	Daños a la salud (patología).....	43
3.8	Consideraciones éticas.....	50
IV.	METODOLOGIA.....	65
V.	SELECCIÓN Y DESCRIPCION DEL CASO.....	66
5.1	Ficha de identificación.....	67
5.2	Motivo de consulta.....	67
5.3	Antecedentes familiares no patológicos.....	67
5.4	Antecedentes familiares patológicos.....	67
5.5	Antecedentes personales no patológicos.....	67
5.6	Antecedentes personales patológicos.....	68
VI.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.....	69 -80
VII.	PLAN DE ALTA	83
VIII.	CONCLUSIONES.....	86

IX.	SUGERENCIAS.....	87
X.	BIBLIOGRAFIA.....	88-89
XI.	ANEXOS.....	90

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería exige cada vez más la profesionalización especializada para poder brindar una atención de calidad y calidez a nuestra población infantil.

Uno de los retos como profesional especializado de enfermería es aplicar una justificación científica a todo lo que se realiza, aplicando como herramienta el proceso enfermero.

Es por eso que se realiza el siguiente caso clínico basándose en la teoría de Dorothea Orem, cuyo objetivo es lograr el bienestar integro del paciente pediátrico en todas sus etapas de desarrollo, junto con la familia desde el punto de vista holístico, es decir como un todo.

Para lo que se elige un niño que ingresa al Hospital Infantil de Tlaxcala a través del servicio de la consulta externa, ya multitratado por la presencia de crisis convulsivas.

Esta patología tiene una incidencia muy alta en la infancia. La epilepsia es un trastorno cerebral que hace que las personas tengan convulsiones recurrentes. Las convulsiones ocurren cuando los grupos de células nerviosas (neuronas) del cerebro envían señales erróneas. Las personas pueden tener sensaciones y emociones extrañas o comportarse de una manera rara. Pueden tener espasmos musculares violentos o perder el conocimiento. (1)

Por lo que la fundamentación del caso se realizó una búsqueda sistemática de estudios relacionados con el caso, la valoración de los ocho requisitos universales de la teoría de Dorothea Orem y se describen las condiciones éticas aplicadas en relación enfermera-paciente y familia y se concluye con un plan de alta.

(1)Harrison. McGraw-Hill INTERAMERICANA EDIC. 2009. Impreso en México. pp112.

II. OBJETIVOS:

2.1. GENERAL.

Realizar un estudio de un paciente lactante mayor con crisis convulsivas en el Hospital Infantil de Tlaxcala, aplicando la Teoría General del Déficit de Autocuidado, utilizando como herramienta metodológica el Proceso Enfermero.

2.2. ESPECIFICOS.

- Identificar los requisitos universales de desarrollo y de desviación de la salud alterados en el lactante mayor con presencia de crisis convulsivas.
- Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo al déficit y capacidades de autocuidado del niño con crisis convulsivas.
- Realizar un plan de intervenciones de enfermería que contribuyan a solucionar o disminuir las alteraciones de los requisitos alterados utilizando los sistemas de enfermería.
- Llevar a cabo las acciones de enfermería planeadas y realizar una valoración de los resultados esperados.
- Realizar un plan de alta con recomendaciones específicas para dar continuidad de los cuidados en el hogar.

III. FUNDAMENTACION TEÓRICA DEL CASO.

3.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

Se realiza una investigación en bases electrónicas y hemerográficas para seleccionar artículos relacionados con el estudio de caso que lo fundamenten.

FACTORES ETIOLÓGICOS RELACIONADOS AL PRONÓSTICO DE LA EPILEPSIA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE MÖEBIUS.

INTRODUCCIÓN. El síndrome de Möebius (SM) es una enfermedad congénita, sin etiología determinada, multifactorial, se considera rara y se caracteriza por la afección del VI y VII pares craneales o sus núcleos, es unilateral o bilateral, teniendo como manifestación clínica diplejía facial con limitación de la mirada lateral. Se describe en literatura más reciente la afección de otros pares craneales. Hasta 90% de los casos tienen inteligencia normal.

OBJETIVO: determinar las características de las crisis convulsivas de los pacientes con SM y epilepsia.

Material y métodos. Estudio descriptivo, analítico y retrolectivo, en el cual se revisaron los casos registrados con diagnóstico de SM en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, en el período de 1994–2004, analizando las diferentes variables y revisando las causas de la epilepsia en estos pacientes.

Resultados. De 31 pacientes con SM, se encontraron 8 con epilepsia (25.8%): 2 casos (6.4%) con epilepsia parcial, 4 (12.9%) con epilepsia generalizada, 1 caso (3.22%) con crisis febriles plus y 1 caso (3.22%) con espasmos infantil. En 7 de los 8 casos de epilepsia, el EEG fue anormal, así como la neuro–imagen donde se observaron múltiples anormalidades. Este documento lo relacionó con la patología del paciente, ya que la epilepsia en pacientes con SM depende más de la asociación con otras enfermedades que del síndrome en sí, por lo cual el riesgo de epilepsia en estos pacientes está asociado a la etiología acompañante del SM.

(2)E.Cruz-Martinez, E. Escobar.bolMed.Hosp.Infan Factores Etiológicos relacionados con el pronóstico de la epilepsia en niños con síndrome de Moebius..2006-scielo.unam.mx

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA CAUSA DE EPILEPSIA.

Estudio clínicos avanzados proponen múltiples terapéuticas dirigidas a neutralizar citoquinas proinflamatorias que participan en la destrucción de la barrera hematomeníngea y la producción del edema cerebral, las cuales disminuyen la respuesta del huésped de tipo inflamatoria. Sin embargo, se piensa que una intervención rápida y temprana sobre el paciente, recordando que esta enfermedad no tiene signo patognomónico es la principal arma del clínico moderno para realizar un diagnóstico oportuno y evitar así secuelas en el paciente y la familia. Se revisó información actualizada sobre este polémico tema para recopilar la mayor cantidad de experiencia y mejorar la calidad de la atención a nuestros enfermos. Este estudio lo tomo como caso relacionado porque es una posible causa que pudo originar la epilepsia de mi paciente

(3)Richard E. Robert M Kliegman, Hal b. Jenson. Nelson Tratado de Pediatría. edic. 2004 p. 2618.

INDICACIONES QUIRURGICAS DE LA EPILEPSIA EN LA NIÑEZ

Las crisis epilépticas se observan con frecuencia en la clínica de neurología infantil. Un cuatro por ciento de todos los niños podrá presentar un episodio en los primeros 15 años de vida, y el 90% de los epilépticos tiene la primera crisis antes de los 20 años de edad. Lennox (1960) observó que el 30% de todas las formas de epilepsia se inicia en el primer año de vida, y otros 30.5% en el segundo,tercero y cuarto años. Se sabe que gran parte de los síndromes epilépticos identificados en la niñez tiene pronóstico favorable, teniendo en cuenta el control con terapia medicamentosa, la remisión de las crisis y el desarrollo y la organización funcional del sistema nervioso central (SNC). Sin embargo, el 20% a 30% de los casos de epilepsia son refractarios a tratamiento medicamentoso,desarrollan problemas cognitivo-comportamentales y consecuente deterioro en la calidad de vida, a pesar de los avances terapéuticos. Con el desarrollo de las técnicas en neuroimagen, especialmente con la mayor accesibilidad a la resonancia magnética nuclear (RMN), es posible diagnosticar, desde un punto de vista etiológico y topográfico, cada síndrome epiléptico y proponer una aproximación terapéutica más efectiva al paciente, incluyendo el empleo de técnicas quirúrgicas individualizadas.

El objetivo de este artículo es exponer una revisión de las epilepsias y síndromes epilépticos del niño y adolescente con indicaciones para la cirugía, y describir los métodos utilizados en la evaluación. Al final, se presentan datos del manejo ambulatorio de la epilepsia refractaria del sector de neurología infantil del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

Lo relaciono con mi caso con un posible tratamiento para eliminación de la epilepsia y opción de tratamiento⁴.

(4)MIB Winckler, RDS Riesgo, L Ohlweiler. Indicaciones quirúrgicas de la epilepsia en la niñez. 2007 Porto Alegre Brasil cielo. Org.ar

SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

Como síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) se designa una forma severa de epilepsia caracterizada clínicamente por la aparición de crisis tónicas, atómicas, ausencias atípicas y electroencefalográficamente por la presencia de puntas ondas lentas difusas difusas; asociándose frecuentemente retardo mental y otros tipos de crisis a los ataques característicos: parciales, generalizadas tónico-clónicas y mioclonías. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de ocho casos atendidos en la Unidad de Neuropediatría del Hospital "Miguel Pérez Carreño" de Caracas entre enero de 1986 y diciembre de 1987. Los pacientes procedían de diversas regiones del país y cumplieron los criterios clínicos y electroencefalográficos de dicha entidad. se realizaron estudios neurorradiológicos y paraclínicos en la investigación etiológica. El tratamiento empleado consistió en fármacos anticonvulsivantes múltiples, dieta cetogénica (un caso) e intervención quirúrgica (dos casos), con apoyo multidisciplinario en el manejo de esta difícil entidad (AU)⁵. Lo tomé como caso relacionado por una posible complicación en mi paciente, ya que no se ha podido tener un control total de la presencia de las crisis convulsivas.

(5) Hancock Ec. Cross HJSíndrome de lennox en la edad Pediátrica. Revision Cochrane. Traducida 2009 Issue 3 Art. <http://www2.cochrane.org>.

HIPOGLUCEMIAS CAUSA DE CRISIS CONVULSIVAS.

Es el síndrome caracterizado por síntomas de estimulación del sistema nervioso simpático o de disfunción del SNC, provocados por una concentración plasmática de glucosa anormalmente baja, que tiene muchas posibles causas.

Clasificación de los síndromes hipoglucémicos:

Los síndromes hipoglucémicos se dividen en inducidos por fármacos y los no relacionados con fármacos. Estos últimos se dividen, en función de sus características clínicas, en hipoglucemia en ayuno, caracterizada por manifestaciones del SNC, generalmente durante el ayuno o el ejercicio, e hipoglucemia reactiva, caracterizada por síntomas adrenérgicos que aparecen sólo cuando son provocados por una comida.

Algunos trastornos que causan una hipoglucemia sintomática se manifiestan de forma características en el niño o el lactante, mientras que otros aparecen con mayor frecuencia en el adulto.

Esta investigación la relacionó con mi caso cómo una probable etiología de las crisis convulsivas en mi paciente⁶.

(6)Lawrence W. Brown Hipoglucemia daño cerebral y sus consecuencias. Junio 2003 B. Hospital de Philadelphia. <http://www.hiperinsulinismo.org>.

DIETA CETOGÉNICA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE CRISIS CONVULSIVAS.

Presentación de un Caso con la Aplicación de Dieta Cetogénica en pacientes con Epilepsia.

Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino, de 2 años de edad, que padece síndrome de West y que ha recibido tratamiento con múltiples drogas antiepilépticas sin obtener resultados alentadores ni en las crisis ni en su desarrollo psicomotor, seriamente afectado. Se establece el régimen de alimentación cetogénico de instalación progresiva, sin período de ayuno inicial, y se observa un cambio clínico en el paciente a partir de que se logran niveles de cetosis, constatados por la aparición de cuerpos cetónicos en la orina. Los cambios clínicos consisten en la disminución del número de crisis diarias y de su intensidad, en la posibilidad de suspender una de las drogas antiepilépticas que usaba, y en el aumento del nivel de vigilia del paciente. Se concluye que no se debe renunciar a esta alternativa de tratamiento en los casos de epilepsia refractaria. Se toma éste caso para una alternativa de tratamiento para el control de la epilepsia ya que no lleva un control de una dieta

3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.

Modelo Conceptual: Es una idea global sobre los individuos, los grupos, las situaciones y los acontecimientos que interesan a una disciplina. Los modelos conceptuales se construyen a partir de los conceptos que son palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, y de las proposiciones que establecen las relaciones entre los conceptos. Por tanto un modelo conceptual es un grupo de conceptos y de juicios que lo integran dentro de una configuración.

Utilidad: Proporcionan una organización para pensar, observar e interpretar lo que se ve. Ofrecen igualmente una orientación para identificar las cuestiones más importantes de cada fenómeno y para dar soluciones a los problemas que se presentan en la práctica. Además proporcionan un criterio general para poder descubrir cuando un problema ha sido solucionado.

Modelo conceptual de Enfermería: Los modelos conceptuales de enfermería representan matrices disciplinares diferentes o paradigmas, derivados del metaparadigma de enfermería. Cada una de ellos define los cuatro conceptos del metaparadigma de forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. (Persona, Entorno, Salud y concepto de Enfermería).

La utilización de un modelo conceptual facilita la comunicación entre las enfermeras y proporciona un enfoque más unificado para la práctica, la educación la administración y la investigación en enfermería.

Teorías de enfermería: Una teoría es una proposición explicativa provisional, relacionada con los fenómenos naturales y que consiste en ofrecer representaciones simbólicas de las relaciones cuantificadas observadas entre los hechos.

Una teoría puede ser la descripción de un fenómeno particular, la explicación de las relaciones entre varios fenómenos, o la predicción de los efectos de un fenómeno u otro.⁸

(8)Raile, Martha Alilgood Evolución del Desarrollo de las Teorías de Enfermería. 3era Edición Mosby Barcelona 2000 p720-723.

3.3 PARADIGMAS.

Metaparadigma (Perspectiva global de una disciplina)

Todas las disciplinas tienen un modo de ver los fenómenos de una disciplina. Abarca desde la persona, la salud, el modelo o entorno hasta los cuidados. Identifica los fenómenos de interés más generales y abstractos. Las proposiciones globales. Fija los límites de la disciplina. Determina la función social y los elementos de estudio.

Paradigma o modelo conceptual (Conceptos y proposiciones abstractas y generales). Conjunto de conceptos y proposiciones que se interrelacionan entre sí y de forma sistemática y proporcionan una estructura significativa. Proporciona un enfoque unificado que facilita la comunicación, orienta y guía la práctica, la docencia, la investigación y la administración.

Es una visión explícita y completa del servicio de enfermería a la sociedad. Explican su contribución de la profesión al campo de la salud. Permite describir la función independiente de la enfermera.

Sirve para explicar desde la racionalidad lo que la enfermería eso debería de ser. Porque conceptualizar una actividad propia, diferenciada, y específica, orienta y guía la acción y unifica criterios.

Teoría (Proposición explicativa provisional, puede ser: descriptiva, explicativa, predictiva).

Las ideas teóricas mejoran la práctica. Tener conocimientos teóricos nos puede decir lo que va a pasar. Proporciona autonomía profesional orientando la actividad asistencial, docente e investigadora de la población. Una teoría se construye con conceptos y proposiciones.

Según Chinn y Jacobs (1983) Teoría: Conjunto de conceptos y proposiciones que dan una visión sistemática de los fenómenos designando interrelaciones específicas entre los conceptos, con el propósito de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos.

PARADIGMAS:

- Categorización: Todo fenómeno viene de algo. Ha inspirado dos orientaciones en enfermería: Salud Pública y en la Enfermedad.
- Integración: Orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona.
- Transformación: Cada fenómeno es único e irrepetible.

Una **teoría** es un sistema lógico compuesto de observaciones, axiomas y postulados, que tienen como objetivo declarar bajo qué condiciones se desarrollarán ciertos supuestos, tomando como contexto una explicación del medio idóneo para que se desarrollen las predicciones. A raíz de estas, se pueden especular, deducir y/o postular mediante ciertas reglas o razonamientos, otros posibles hechos.

Teoría. Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

Definición: Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva.

Florence Nightingale fue la primera teórica que describió la Enfermería y su Entorno. Esto dio paso a las posteriores teóricas, que tomaron sus descripciones para formular teorías de las que hoy podemos estudiar. Esta teoría abordó muchos aspectos que en el contexto histórico y en la época en que se desarrolló no es tan lejano al conocimiento actual y ha servido de pauta en las actividades que se describen para el modo de actuación de la enfermera.

Virginia Henderson, se apoyó mucho en los postulados de Florence Nightingale e incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó los criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidados. En la teoría de la Henderson no se encuentra ninguna definición específica de necesidades, pero identificó las 14 necesidades básicas del paciente.

Faye Glenn Abdellah plantea que uno de los grandes obstáculos para que la Enfermería alcanzase un status profesional era la falta de un cuerpo científico de conocimiento peculiar. Formuló un modelo como remedio a los problemas de

Enfermería, la Tipología de los 21 Problemas, Método de Solución de Problemas es la base del Modelo de Abdallah. Ella reconoció la influencia de V. Henderson, y su obra está relacionada con las 14 necesidades de Henderson, para establecer clasificación de los problemas de Enfermería.

La Tipología de los 21 problemas de Enfermería de Abdallah, creaba una guía que las enfermeras utilizarían para identificar y resolver problemas del paciente. Los divide en 3 áreas:

1. Las necesidades físicas, sociológicas y emocionales del paciente.
2. Los tipos de solución personal entre la enfermera y el paciente.
3. Los elementos comunes al cuidado del paciente.

Disciplina de enfermería: Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos a funcionar de óptima en cualquier estado de salud que se encuentren. La disciplina abarca la función de “cuidar” tanto en la salud como en la enfermedad, y se extiende desde la concepción hasta la muerte. La enfermera para llevar a cabo su función de “cuidar” requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina. Es un arte y una ciencia y utiliza conocimientos y técnicas de las ciencias físicas, sociales, médicas y biológicas, así como de las humanidades.

Cuidar: Es un acto natural, es un acto de vida. Cada acto que hacemos es simple, pero tiene impactos muy importantes para el que es cuidado. Cuidar es un acto profesional de suplencia. Es una atención integral a la persona en todos sus aspectos. Dirigidos a la salud, a mantener la vida. Ayuda en la satisfacción de las necesidades básicas, requerimientos indispensables para mantener la vida.

El cuidado es: La ayuda a otra persona permitiendo su desarrollo y actualización del yo. Implica comunicación, confianza, compromiso y amor. Lleva a una transformación profunda y cualitativa. Lleva a tomar decisiones.

Enfermería: Enfermería es una disciplina profesional orientada hacia la práctica. A. Antecedentes Históricos.

3.4 TEORIA DE OREM.

BIBLIOGRAFIAS DE DOROTHEA OREM.

- Nació en Baltimore, Maryland en 1914.
- Se recibió en el Providence Hospital Washington, D.C.
- BS en Enfermería, MS docencia. 1939, 1945 respectivamente.
- Directora de la escuela de Enfermería y del departamento de Enfermería en el hospital de Providence Hospital Detroit.
- Trabajo en Indiana en la división del hospital y en los servicios institucionales.
- Doctorado
- 1959 publica concepto de Enfermería.
- 1971 Nursing: Concepts Of Practice

TEORIA DE ENFERMERIA SELECCIONADA.

Teoría de Dorothea E. Orem.

Esta filosofía está enfocada en tres subteorías que es la teoría del autocuidado y la teoría del déficit de autocuidado, los sistemas de Enfermería.

Teoría de autocuidado esta nos describe y nos explica la relación entre las capacidades de acción de los individuos y sus demandas de autocuidado, o las demandas de cuidado de los niños o adultos de que ellos dependen. El autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales las personas que se ocupan de su autocuidado tienen las capacidades para el requisito de acción: la agencia o capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo.

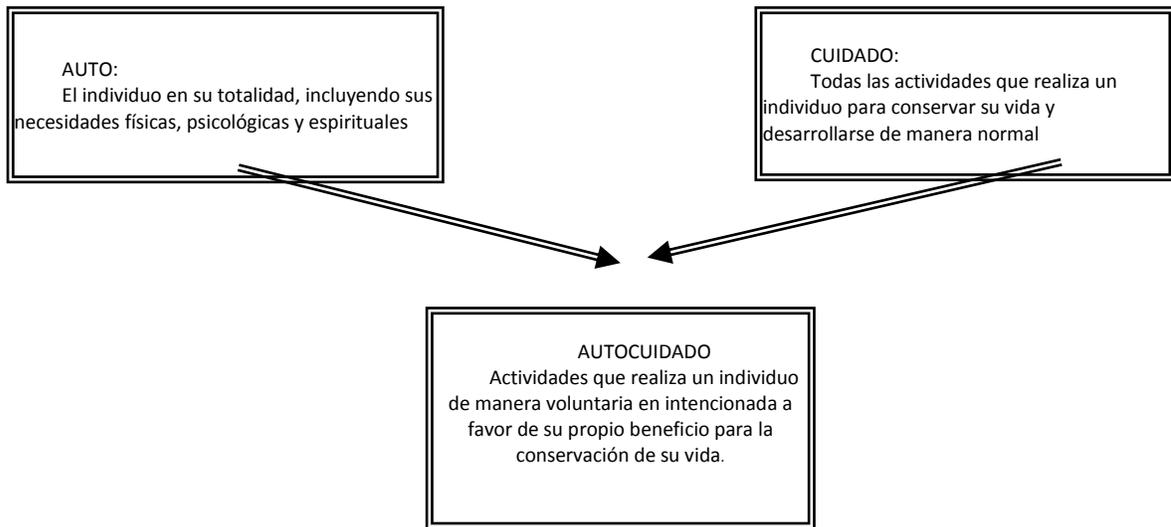
Así déficit significa la relación entre las acciones de los individuos deberían llevar acabo (la acción demandada) y las capacidades de acción de los individuos para el autocuidado o el cuidado dependiente. Déficit, en este contexto debería interpretarse

como una relación, no como un trastorno humano. El déficit de autocuidado puede asociarse, sin embargo, con la presencia de trastornos humanos funcionales o estructurales. La teoría del déficit de autocuidado es una respuesta de los grupos humanos de un tipo recurrente de incapacidad para la acción a la que están sujetos los seres humanos, a saber, la incapacidad de cuidar de sí mismo o de las personas que dependen de ellos, cuando la acción está limitada debido al estado de salud o a las necesidades de cuidados de salud de la persona receptora de los mismos. Desde el punto de vista de enfermería, los seres humanos se contemplan como necesitados de un continuo automantenimiento y autorregulación a través de un tipo de acción denominada autocuidado significa el cuidado que es realizado por uno mismo, para sí mismo cuando ha llegado al estado de madurez que le capacita para la acción consistente, controlada y dirigida hacia un objetivo. Los neonatos, los lactantes, los niños requieren cuidados de otras personas porque están en etapas tempranas de desarrollo físico, psicológico y psicosocial, los severamente incapacitados, los ancianos y los enfermos requieren cuidados totales o asistenciales siempre que el declive de las habilidades físicas y mentales que limiten la selección o desempeño de las acciones de autocuidado no pueden satisfacer alguno o ninguno de sus propios requerimientos para el mantenimiento y regulación de su funcionamiento.

La teoría postula dos variables de paciente: La agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico; y una variable de la enfermera: la agencia de enfermería. En las conceptualizaciones de la teoría del déficit de autocuidado, las variables del paciente se contemplan relacionadas entre sí; y, dentro de la teoría del sistema de enfermería, la agencia de enfermería se contempla relacionada con las dos variables del paciente. Las personas con déficit de autocuidado relacionados con la salud son designadas como pacientes legítimos. Las enfermeras contemplan su propia legitimidad en término de sus capacidades para proporcionar el tipo y cantidad de enfermería requerida por las personas a sus cuidados.

TEORIA DE AUTOCUIDADO.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".



En la teoría del autocuidado se divide en requisitos de autocuidados:

A. Los requisitos de autocuidados universales son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales y otros. Están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la integridad y la estructura y funcionamiento humanos y al bienestar general que son:

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.

La promisión del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.



Estos ocho requisitos representan las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humanos, que a su vez apoyan el desarrollo y maduración humanos.

B. Los Requisitos de autocuidado de desarrollo están asociados con los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, y eventos que puedan afectar adversamente el desarrollo. Hay dos tipos de requisitos de autocuidado del desarrollo; el tipo dos tiene dos subtipos.

1. - Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de estructuras humanas y hacia la maduración durante:

- a) Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento;
- b) La etapa de la vida neonatal ya sea:
 - 1) nacido a término o prematuramente;
 - 2) nacido con un peso normal o con bajo peso;
- c) Infancia;
- d) Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada a la edad adulta;
- f) El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Subtipo 2.1.: provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.

Subtipo 2.2.: provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.

Entre las condiciones se incluyen:

- Deprivación educacional;
- Problemas de adaptación social:
- Fracaso de una individualización saludable;
- Pérdida de familiares, amigos, asociados;
- Pérdida de posesiones, pérdida de la seguridad laboral;
- Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido;
- Problemas asociados con la posición;
- Mala salud o incapacidad:
- Condiciones de vida opresivas;
- Enfermedad terminal y muerte inminente.

C. Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud están asociados con defectos constitucionales y genéticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales, con sus efectos y las medidas de diagnóstico y tratamiento médico. Hay seis requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas a acontecimientos y

2. Estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se saben que producen o están asociadas con patología humana.

3. Tener conciencia y prestar atención a los resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

4. Llevar acabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patologías, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.

5. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

6. Modificar el autoconcepto (y la autoimagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la salud.

7. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado¹⁰.

(10) SALVAT. Modelo de Orem. Edic.Científicas y Técnicas. Edit Masson p. 124-200

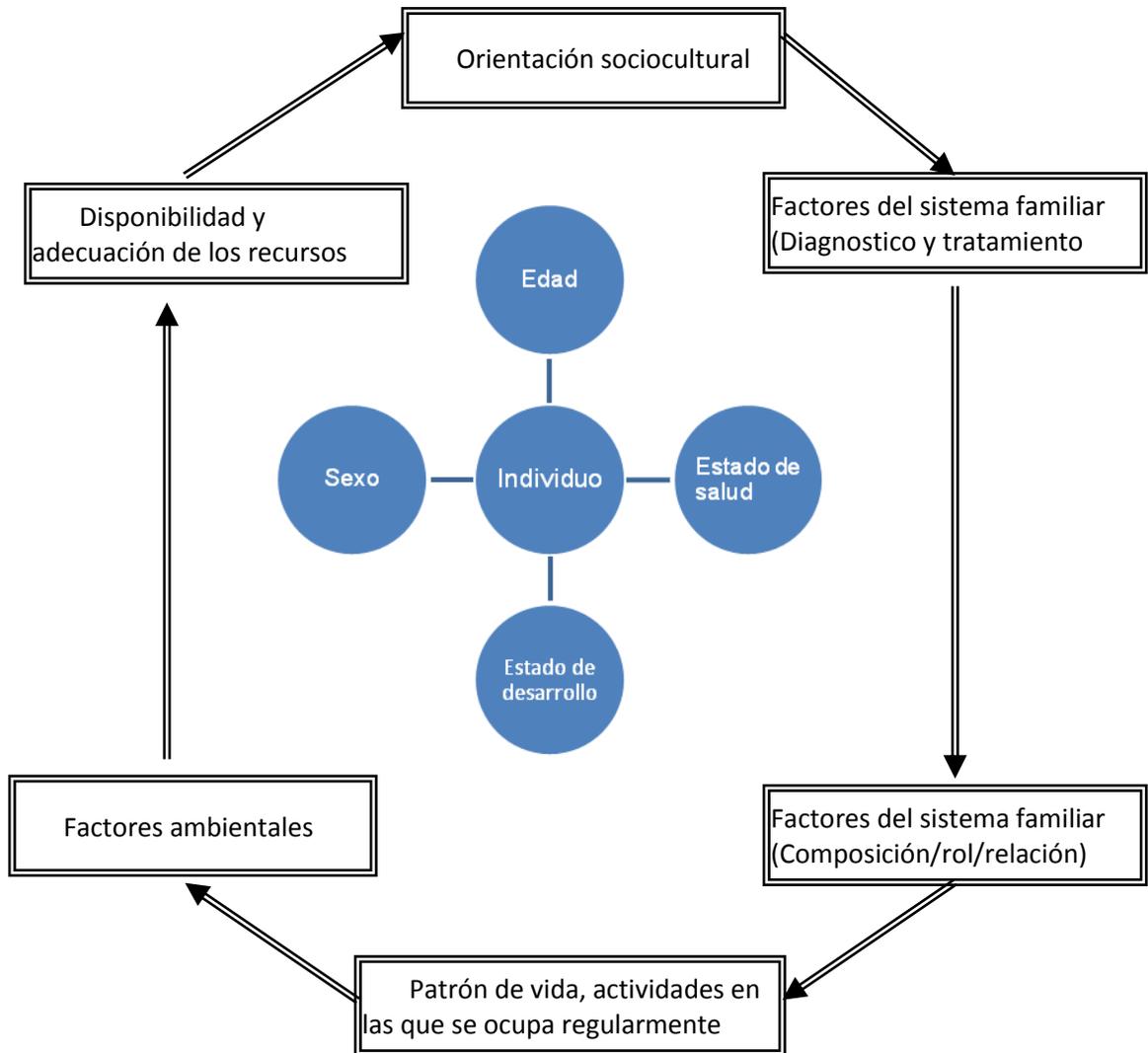
FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES.

Los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos, se denominan factores básicos condicionantes. Estos factores fueron identificados en 1958 y desde entonces se ha trabajado con ellos.

Fueron enumerados a principios de la década de 1970 por el Nursing Development Conference Group. El listado original contenía ocho primeros factores. Los factores 9 y 10 han sido añadidos posteriormente.

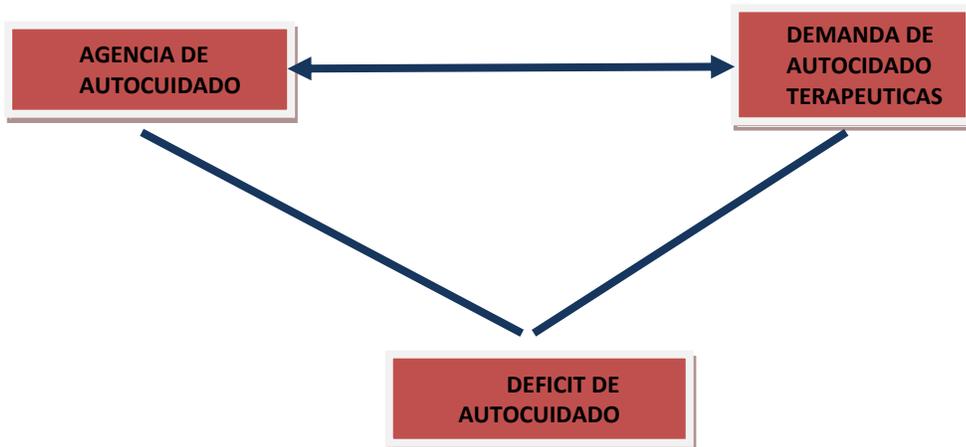
1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupan regularmente.
9. Factores ambientales

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES



TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Se refiere al equilibrio entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado están limitadas, se identifican como completos o parciales.



TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo:
 - Realiza el Cuidado Terapéutico del Paciente
 - Compensa la incapacidad del Paciente para realizar su Autocuidado
 - Apoya y protege al Paciente.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:
 - Realiza algunas de las medidas de Autocuidado por el Paciente
 - Compensa las limitaciones del Paciente para realizar su Autocuidado

- Ayuda al Paciente en lo que necesite.
 - Regula la acción de Autocuidado. Realiza algunas de las medidas de Autocuidado.
 - Regula la acción del Autocuidado.
 - Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:
- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
 - Mantenimiento del Crecimiento, Maduración y Desarrollo normales.
 - Prevención o control de los procesos de Enfermedad o lesiones

Para Orem el objetivo de la enfermería radicaba en: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda:

Actuar compensando déficit

Guiar

Enseñar

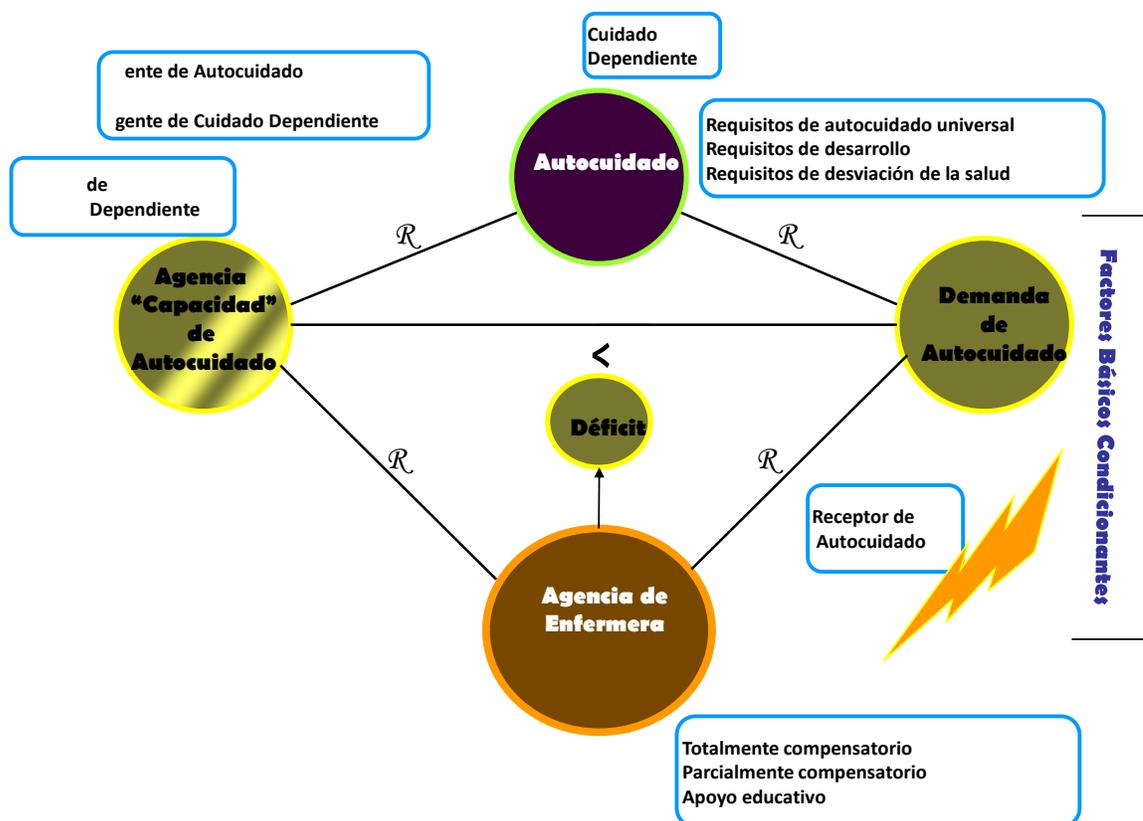
Apoyar

Proporcionar un entorno para el desarrollo

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la

herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas



3.5 PROCESO DE ENFERMERIA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. PE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen



- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos
- Los objetivos
 - El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También :
 - Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
 - Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
 - Actuar para cubrir y resolver los problemas , prevenir o curar la enfermedad
- El desarrollo del PE :
- Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades :
 - Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
 - Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico.
 - Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Las características:

Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional.
- Los conocimientos profesionales.
- Habilidades
- Comunicarse de forma eficaz.
- Observar sistemáticamente.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consu1ta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida

de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas , creencias , etc ...)
 - Capacidad creadora.
 - Sentido común.
 - Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos :

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).

- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos :

A. Entrevista Clínica: Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

B. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

C. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) La observación :

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física :

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer

comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos

confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

FASE DE DIAGNÓSTICO:

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

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros

profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

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

LOS PASOS DE ESTA FASE SON:

1.- Identificación de problemas:

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

2.-Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

D) Tipos de diagnósticos:

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación.

- No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
- Documentación y registro.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

Existen dos tipos de objetivos:

Objetivos de enfermería o criterios de proceso.

Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

EVALUACIÓN:

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

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

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

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

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

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

2.- Señales y Síntomas específicos

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

3.- Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

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

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

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

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

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

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

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

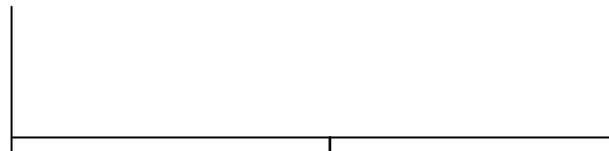
La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.¹¹

(11) Benavent Garcesm, Ferrer Ferrandise, Francisco del Rey Fundamentos de Enfermería . Los modelos de cuidado . Madrid 2001:157. Marrier Tomey A, Raile m. Modelos y teorías de Enfermería 4ta Ed. Madrid Edit. Harcoort; 1998:55-56

3.6 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Identificación del déficit de autocuidado
(Valoración y diagnóstico)

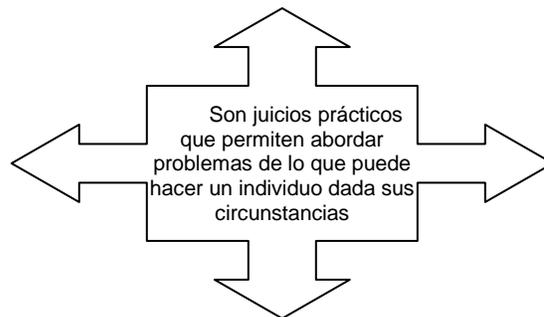
Demanda de autocuidado	Demanda de las capacidades de autocuidado.
<ul style="list-style-type: none"> • explorar cada requisito de autocuidado. • Establecer interacción entre los requisitos. • Precisar factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y describir capacidades de autocuidado. • Determinar conocimiento del paciente, aptitudes y deseos para satisfacer demandas de autocuidado. • Evaluar lo que el paciente debe hacer para satisfacer demandas de autocuidado.



DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
(Déficit de autocuidado)

OPERACIONES PRESCRIPTIVAS
Planificación

Rol enfermera-paciente-agente
dependiente den la regulación del ejercicio
de la agencia de autocuiado



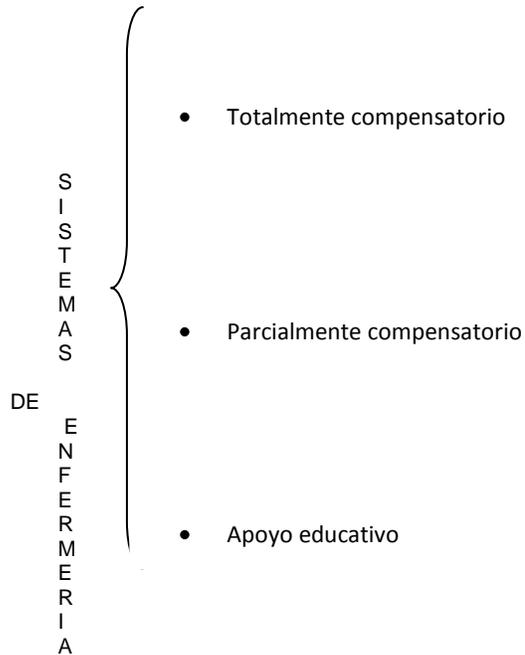
Totalidad de medidas de cuidados para satisfacer las demandas de autocuidado

Medios usados para satisfacer los requisitos de autocuidado

Roles enfermera-paciente-agente de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado

REGULADORAS O DE TRATAMIENTO (Intervención de enfermería)

Se desarrollan a partir de los acontecimientos:



CUIDADOS REGULADORES (Evaluación)

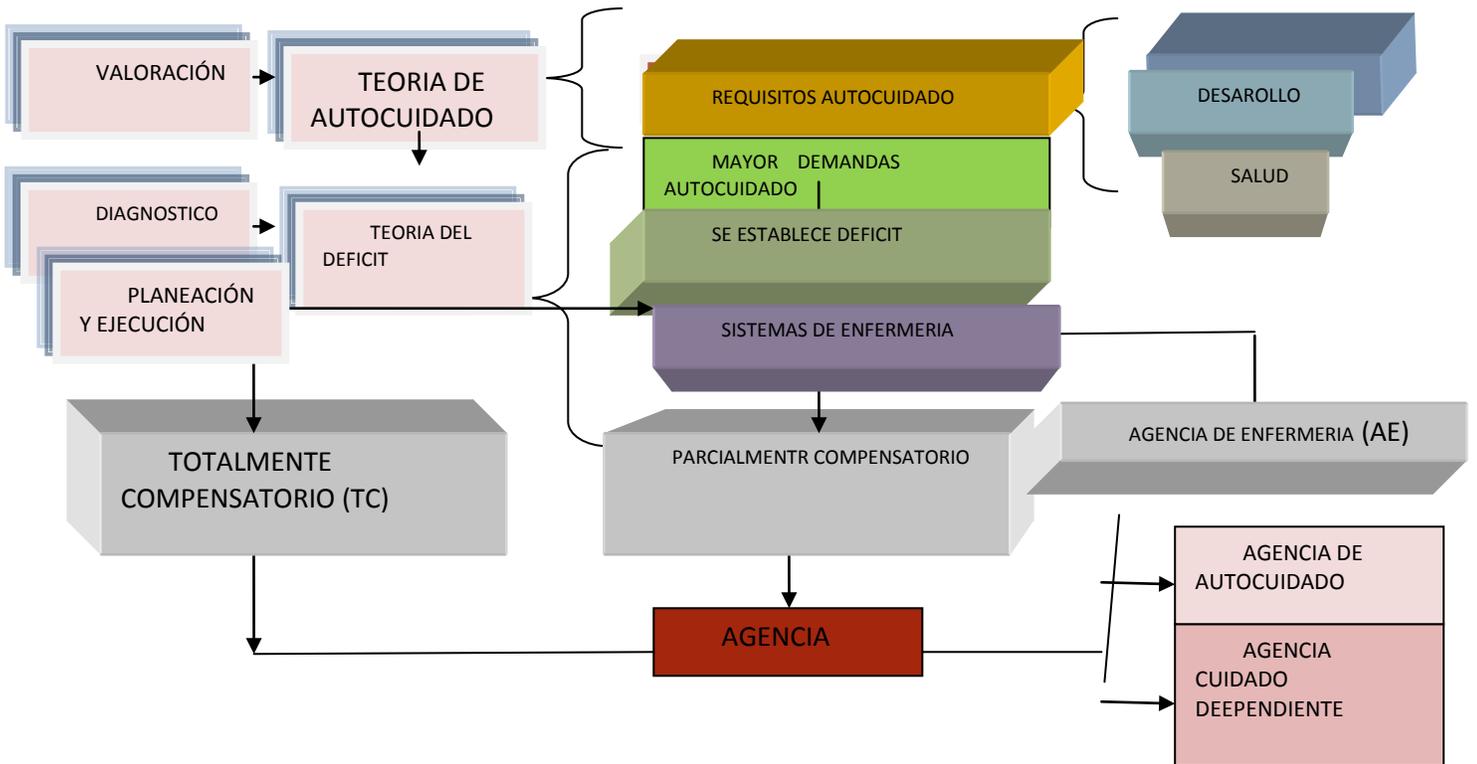
Enfermera:

- ¿Qué actividades o tareas de autocuidado hay que ayudarle a efectuar?
- ¿Cuáles son de la familia?
- ¿Qué del entorno no apoya el autocuidado?

Conjunto:

- ¿la dirección de que actividades o decisiones son necesarias para el autocuidado?
- ¿En qué intervenciones se requiere estimular el interés del autocuidado?
- ¿Qué actividades requieren guía?

ESQUEMA RELACIÓN DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA



3.7 DAÑOS A LA SALUD.

La **epilepsia** (del latín epilepsia, y este del griego ἐπιληψία, intercepción) es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suele dar lugar a consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales.

Una convulsión o crisis epiléptica o comicial es un evento súbito y de corta duración, caracterizado por una anormal y excesiva o bien sincrónica actividad neuronal en el cerebro. Las crisis epilépticas suelen ser transitorias, con o sin disminución del nivel de consciencia, movimientos convulsivos y otras manifestaciones clínicas. La epilepsia puede tener muchas causas. Puede tener origen en lesiones cerebrales de cualquier tipo (traumatismos craneales, secuelas de meningitis, tumores, etc.) pero en muchos casos no hay ninguna lesión, sino únicamente una predisposición de origen genético a padecer las crisis. Cuando no hay una causa genética o traumática identificada se llama Epilepsia idiopática y los genes juegan un papel de modulación del riesgo de que ocurra un episodio y también en la respuesta al tratamiento. Las Benzodiazepinas tienen buen pronóstico en el control de esta enfermedad. Para diagnosticar un paciente epiléptico se requiere conocer los antecedentes personales y familiares y, por lo general, se corrobora con un electroencefalograma (EEG). También forman parte del diagnóstico estudios de imagenología, mientras que se reservan los procedimientos diagnósticos más especializados para casos muy puntuales. El tratamiento consiste en la administración de medicamentos anticonvulsivos. En los casos refractarios, se apelan a otros métodos incluyendo la cirugía. La epilepsia causa múltiples efectos en la vida cotidiana del paciente, de manera que el tratamiento debe incluir el abordaje de estos efectos.¹²

(12) Harrison Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). «Capítulo 363. Convulsiones y epilepsia». Harrison online en español. [McGraw-Hill](#).

EPILEPSIA

La epilepsia representa uno de los problemas neurológicos más frecuentes y más que una enfermedad debe considerarse como síntoma de una alteración cerebral que puede tener la más diversa etiología. No existe en nuestro organismo ninguna función que no sea regulada por el sistema nervioso lo que nos permite entender la gran variedad de manifestaciones clínicas con que se pueden expresar las crisis epilépticas, y si no estamos familiarizados con ellas será difícil diagnosticar correctamente los pacientes. Todo aquel síntoma o evento clínico, aún el más sutil, que aparezca de cuando en cuando, que sea de duración breve, que siempre manifieste las mismas características y que sea independiente de la voluntad del paciente, deberá sugerirnos que se trata de un evento ictal.

En 1973 la Liga Internacional contra la Epilepsia y la O.M.S. definieron la epilepsia como "una afección crónica de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes originadas por descargas excesivas de un grupo neuronal hiperexcitable y que se asocia con diferentes manifestaciones clínicas". Es fácil imaginar que estas manifestaciones clínicas dependerán de la localización del foco anormal y permitirán por lo tanto hacer una localización topográfica de la posible lesión subyacente.

Clasificación de las crisis epilépticas (Liga Internacional contra la Epilepsia)

1. **Crisis parciales**
 - A. Crisis parciales simples
 - B. Crisis parciales complejas
 - C. Crisis parciales secundariamente generalizadas
2. **Crisis generalizadas** (convulsivas o no convulsivas)
 - A. Crisis de ausencia
 - B. Crisis convulsivas tónicas, clónicas
 - C. Tónicas
 - D. Clónicas
 - E. Mioclónicas
 - F. Crisis atónicas
3. **Crisis epilépticas no clasificadas**

Las crisis parciales simples son aquellas en las que el foco epileptógeno se localiza en áreas específicas de la corteza cerebral (generalmente en un hemisferio) y el paciente no presenta alteración de la conciencia. Clínicamente se pueden manifestar con fenómenos motores, sensitivos, síntomas autonómicos y síntomas psíquicos. Las manifestaciones motoras (presentes en el hemicuerpo opuesto al sitio de descarga eléctrica), estarán presentes cuando el foco anormal se localiza en la corteza frontal y pueden consistir en movimientos tónicos o clónicos de una extremidad o parte de ella o en la cara y esto nos indicará la localización exacta del sitio anormal en la corteza prerrolándica; las manifestaciones en una parte del cuerpo se pueden extender a todo el hemicuerpo. Pueden presentarse en forma de movimientos versivos que consisten en una rotación de los ojos y de la cara hacia un lado; si las alteraciones están en el área motora del lenguaje se presentan crisis fonatorias. Las crisis parciales simples sensitivas pueden consistir en trastornos visuales, auditivos, olfatorios, gustativos, vertiginosos y somatosensoriales. Las manifestaciones consisten en la percepción de luces, olores, ruidos, zumbidos, sabores y alteraciones sensitivas que siempre estarán presentes en el hemicuerpo contrario. Los síntomas o signos autonómicos pueden manifestarse con palidez, sudoración, sensación epigástrica extraña y dilatación pupilar. En estas crisis pueden observarse manifestaciones psíquicas, como el fenómeno de lo ya visto y lo ya vivido, pensamientos forzados, miedo, ilusiones como por ejemplo macropsias (percibir los objetos o un hemicuerpo más grande de lo normal) y algunas veces alucinaciones bien estructuradas como percibir una escena. En la práctica clínica generalmente estos trastornos psíquicos se observan en crisis parciales complejas ya que habitualmente se asocian con un deterioro de la conciencia.

Las crisis parciales complejas son aquellas que se originan en áreas corticales no específicas, presentan alteración de la conciencia y cursan con descargas eléctricas en las regiones temporales o fronto-temporales, son de difícil control. Clínicamente se pueden manifestar exclusivamente con alteración de la conciencia por lo que pueden confundirse con las ausencias.

Las crisis parciales complejas se pueden iniciar como una crisis parcial simple seguidas de un deterioro de la conciencia. Con frecuencia el paciente manifiesta una sensación somática generalmente molesta descrita como un trastorno epigástrico que asciende hacia la garganta y puede asociarse con sensaciones raras en la boca y los labios y tener deglución involuntaria. En otras ocasiones hay sensaciones de irrealidad como despersonalización; otras veces el paciente tiene trastornos de memoria (sensación de lo ya visto, de lo ya vivido) o bien alteraciones afectivas como son episodios de ansiedad, miedo, depresión o sentimientos paranoides. Estas alteraciones habitualmente son seguidas de una desconexión del medio ambiente y aparecer luego automatismos primarios como por ejemplo: escupir, frotarse la ropa, tratar de desvestirse, caminar, etc.

Tanto las crisis parciales simples como complejas pueden evolucionar a convulsiones generalizadas tónico-clónicas.

Las crisis generalizadas son aquellas en que hay inicialmente una alteración de la conciencia por una afección sincrónica de ambos hemisferios. El paciente no detecta ni un "aviso".

Las crisis de ausencia generalmente se ven en niños en edad escolar (4 a 12 años), son muy breves (5 a 15 segundos), el niño se queda con la mirada fija, parpadea y puede haber algunos movimientos mioclónicos; la hiperventilación puede inducir estas crisis. En un tercio de los pacientes, al llegar a la adolescencia, pueden cambiar a crisis generalizadas tónico-clónicas.

En las crisis generalizadas tónico-clónicas hay una fase inicial de tipo tónico de corta duración en la cual el paciente emite un ruido gutural (grito), se pone cianótico, se dilatan las pupilas y puede haber relajación de esfínteres. Con frecuencia en la clínica es motivo de alarma el haberse presentado relajación de esfínteres ya que previamente esto no había sucedido interpretándose como un agravamiento de la enfermedad; conviene explicar simplemente que la vejiga o la ámpula rectal estaban llenos al momento de la crisis y que esta situación carece de importancia mayor. Después de la fase tónica viene la fase clónica en la que aparecen movimientos convulsivos violentos en todo el cuerpo.

Las crisis mioclónicas son contracciones súbitas generalizadas y breves, muy sensibles a estímulos luminosos y muy frecuentemente vistas en enfermedades degenerativas del sistema nervioso y trastornos metabólicos.

Las crisis atónicas se caracterizan por una pérdida súbita del tono muscular con caída al suelo y una alteración muy breve de la conciencia que le permite reaccionar casi inmediatamente al momento de caer.

En las crisis no clasificadas se incluyen los espasmos infantiles que generalmente ocurren en los primeros meses de la vida: hay flexión del cuello, tronco y extremidades (crisis de Salaam), son muy numerosas durante el día y provocan un deterioro neurológico progresivo.

Las epilepsias reflejas son aquellas en las cuales una crisis generalizada tónico-clónica o parcial compleja puede ser evocada por diferentes estímulos (epilepsia musicógena, de la lectura, escritura o aritmética).

Con mucha frecuencia se presentará la oportunidad de atender niños entre 6 meses y 4 años de edad, que han convulsionado durante un cuadro de hipertermia. Este bajo umbral de tolerancia a la fiebre es una característica genéticamente determinada que

en un tercio de los casos consisten en crisis generalizadas tónico-clónicas. Se consideran crisis febriles complejas cuando son de carácter focal o bien crisis generalizadas con una duración mayor de 10 minutos y en estos casos debe considerarse la necesidad de iniciar tratamiento médico, ya que un porcentaje importante (15% aproximadamente) pueden seguir convulsionando después de los 5 años sin relación con elevaciones térmicas y entonces considerarse pacientes epilépticos. Tradicionalmente se ha utilizado el fenobarbital en pequeñas dosis pero a pesar de esto pueden producir trastornos de conducta sobre todo irritabilidad e hiperactividad por lo que deberá considerarse el uso de otros medicamentos como el ácido valproico.

ETIOLOGÍA

Como fue mencionado al principio, las crisis son en ocasiones un síntoma de una enfermedad que debe ser investigada. En general son bien conocidas las diferentes causas que predominan en los distintos grupos de edad, y así en un recién nacido las convulsiones pueden ser por hipoglicemia, hipercalcemia, intoxicación hídrica, asfixia, hemorragia intracraneal, etc.

En la infancia se observan las crisis febriles, crisis por errores congénitos del metabolismo e infecciones del sistema nervioso. Más tarde, en el adolescente y en el adulto joven, aparecen los traumatismos craneales, neoplasias, malformaciones arteriovenosas, suspensión brusca de alcohol y drogas. Finalmente en el adulto mayor, al trauma y tumores se agregan los trastornos vasculares cerebrales sobre todo de tipo isquémico (trombosis y embolismo cerebral).

DIAGNÓSTICO

La historia clínica nos permitirá clasificar el tipo de crisis y por la historia natural del padecimiento sospechar la posible etiología.

El electroencefalograma es el registro eléctrico de la actividad cerebral y la presencia de descargas anormales permitirá corroborar la sospecha clínica de epilepsia e identificar el inicio focal o generalizado de las crisis. En las crisis focales las descargas eléctricas se presentan en una área bien definida de la corteza cerebral mientras que en las crisis generalizadas las descargas se presentan al mismo tiempo en ambos hemisferios. No hay descargas específicas, excepto las ausencias típicas donde se presenta el patrón de espiga onda 3 ciclos/seg. Debe recordarse que en el 30 al 40% de los pacientes, el EEG es normal, porcentaje que puede disminuir utilizando métodos de activación como privación de sueño, telemetría, electrodos nasofaríngeos, etc. Un EEG normal en un

paciente con historia clínica clara de crisis convulsivas no debe ser motivo para no dar tratamiento.

Los estudios de imagen como resonancia nuclear magnética, tomografía, angiografía y estudio de líquido cefalorraquídeo, deberán seleccionarse en cada caso en particular.

TRATAMIENTO

La mayoría de los pacientes responden al tratamiento con anticonvulsivos. Siempre se preferirá la monoterapia y cuando se administra más de un medicamento debe analizarse la posible interacción.

El objetivo del tratamiento es que el paciente esté libre de crisis. La suspensión de los medicamentos debe considerarse cuando se ha logrado un control absoluto durante 3 a 4 años y el EEG no muestra anormalidades. Ante el caso de una mujer embarazada, surge la pregunta sobre qué hacer con el tratamiento; es más riesgoso para el feto suspender el tratamiento a la madre que los efectos teratogénicos de los anticonvulsivos que está tomando.

Indudablemente que para obtener los mejores resultados debemos elegir el anticonvulsivo más adecuado de acuerdo al tipo de crisis que presenta el paciente. Los anticonvulsivos más frecuentemente utilizados, incluyen carbamazepina, difenilhidantoinato de sodio, fenobarbital, primidona, ácido valproico, clonazepam y etosuccimida por ser las drogas con las que se tiene más experiencia y se consideran como antiepilépticos primarios con base en su efectividad y efectos colaterales; sin embargo, en la última década ha habido avances importantes en la terapéutica, ya que han aparecido medicamentos como lamotrigina, gabapentina, felbamato y vigabatrina de los que cada día se acumula experiencia sobre su efectividad en los diferentes tipos de crisis.

En la práctica médica diaria predominan las crisis parciales y en éstas la carbamazepina es la droga de elección aunque hay otras alternativas como difenilhidantoína y fenobarbital, primidona, lamotrigina, etc; debe considerarse el costo de los medicamentos en relación al estado socioeconómico del paciente. El ácido valproico es la droga de primera elección en crisis mioclónicas y junto con la etosuccimida en ausencias en los niños. Ha demostrado ser de igual efectividad que la difenilhidantoína en las crisis generalizadas tónico-clónicas y en las crisis parciales se obtienen moderados resultados.

En los pacientes con crisis generalizadas tónico-clónicas, tónicas y clónicas, la difenilhidantoína es la droga de primera elección. Ante la falta de respuesta clínica o efectos tóxicos podemos utilizar fenobarbital, ácido valproico, carbamazepina.

En aquellos casos en que no hay respuesta médica después de utilizar diferentes combinaciones y luego de asegurarse de tener niveles terapéuticos adecuados y demostrar con estudios de imagen y registros eléctricos un área de daño estructural sobre todo en la región temporal, debe contemplarse la posibilidad de un manejo quirúrgico.

COMPLICACIONES

La complicación más grave que puede presentar un paciente epiléptico es caer en estado epiléptico. Cualquier tipo de crisis puede presentarse en esta complicación. La forma más riesgosa es el estado de crisis generalizadas tónico-clónicas donde el paciente no alcanza a recuperar la conciencia entre las crisis y por su alta mortalidad debe considerarse como una urgencia médica que deberá ser tratada en una unidad de cuidados intensivos. La principal causa de estado epiléptico es la suspensión brusca del tratamiento y cuando esto no ha sucedido el motivo puede ser un proceso infeccioso, alteraciones metabólicas o traumatismos craneales que deben ser investigados; en 20% de los casos de estado epiléptico, este aparece como la primera manifestación de crisis convulsivas. El tratamiento consistirá en asegurar ventilación adecuada, monitoreo continuo para mantener un estado hemodinámico normal, uso de medicamentos (benzodiazepinas) para el control inmediato de las convulsiones y el inicio parenteral de drogas antiepilépticas.

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

49

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos. La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético.

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

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

La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto humano, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. Apela a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal. Marca las directrices que dentro del grupo son aceptadas como buenas, por consiguiente, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanan las directrices que le permitirán actuar hacia el bien común,

proporcionándole paz, armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad.

Cada hombre en su semejanza es diverso en sus valores, sin embargo la dignidad es un valor universal que se deriva de la apreciación que cada persona hace de su propia dignidad.¹³

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

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;

(13)Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México, Secretaría de Salud, México, 2005

- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive;
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerarse de manera prioritaria:
 - La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
 - La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
 - El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y
 - La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud; la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

PRINCIPIOS ETICOS.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la

aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.¹⁴

(14)Código de ética par alas enfermeras y enfermeros de México, Secretaria de Salud 2005.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber obstatante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el

reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

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

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

DERECHOS DE LOS NIÑOS.

La convención sobre los derechos del niño (1989) establece que el niño tiene derecho a expresar su opinión libremente y a ser escuchado en todos los asuntos que le afectan, con el objetivo de aproximarse a la percepción que los niños y niñas tienen sobre diversos temas que le son de su interés.

Principios y derechos de esta convención:

- Declara a favor de todos los niños del mundo, entendiendo por niño a todo ser humano menor de 18 años de edad.

- Los estados tomaran todas las medidas apropiadas para asegurar que el niño sea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones o las creencias de sus padres, tutores o familiares del niño.
- Todo niño tiene derecho intrínseco a la vida y los estados partes garantizaran en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.
- Los estados quedan obligados a garantizar que el niño esté en condiciones de formarse un juicio propio, expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez.
- El niño mental y físicamente impedido, deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que le aseguren la dignidad, le permitan llegar a bastarse a si mismo y le faciliten su participación en la comunidad.
- Se reconoce el derecho del niño a acceder libremente a la educación en condiciones de igualdad de oportunidades.
- Los derechos pronunciados en ella deben ser reconocidos para todos los niños, sin importar raza, sexo, idioma o religión.
- Tiene desde su nacimiento derecho a un nombre y una nacionalidad.
- Debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones.

Derechos:

1. El derecho a la vida, a la supervivencia y desarrollo;
2. El derecho a tener un nombre y una nacionalidad;
3. A conocer a sus padres y a ser cuidados por ellos;
4. A preservar su identidad;
5. A no ser separado de sus padres, salvo que las autoridades competentes lo consideren necesario en beneficio del niño (por maltrato o descuido de sus padres, o porque estos vivan separados y deba tomarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño);
6. El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión;
7. A la libertad de expresión, de asociación y reunión;
8. El respeto a su vida privada y a su familia;
9. A la inviolabilidad de su domicilio y de su correspondencia;
10. El respeto a su dignidad, a su honra y a su reputación;

11. El derecho a la información a través de los distintos medios de comunicación, para lo cual los Estados partes en esta Convención alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño;

12. El derecho a ser protegido contra toda forma de abuso físico o mental, (incluyendo malos tratos, abuso y explotación sexual);

13. El derecho a ser colocados en adopción cuando de acuerdo a las leyes y atendiendo a las situaciones del menor esta proceda;

14. A recibir asistencia y cuidados especiales en caso de discapacidad, debiéndose garantizar a su favor el efectivo acceso a todos los servicios y el goce de todos sus derechos, con el objeto de que el niño logre su integración social y el desarrollo individual en la máxima medida posible;

15. El derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y de los servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación;

16. El derecho a una alimentación nutritiva e higiénica;

17. A beneficiarse de la seguridad social;

18. A la educación, la que estará encaminada a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades, así como inculcarle el respeto de los derechos humanos, el respeto a sus padres, el cuidado y conservación de su propia identidad cultural, de su lengua, sus valores, del medio ambiente y el amor por su patria, con el fin de que asuma una vida responsable en una sociedad libre;

19. El derecho que tienen los niños -que pertenecen a grupos étnicos- a disfrutar y a que se les respete su propia vida cultural;

20. El derecho al descanso y esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad, así como a participar libremente en la vida cultural y en las artes;

21. El derecho a ser protegido contra toda clase de explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social; por ello, los Estados deben fijar la edad mínima para poder trabajar;

22. El derecho a ser protegido contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como impedir que se utilice a niños en la producción y tráfico de estas sustancias;

23. El derecho a ser protegido contra toda clase de torturas, tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes;

24. A no ser privado de su libertad ilegal o arbitrariamente; en caso de que se alegue que un niño ha infringido las leyes penales, deben ser los establecimientos especializados quienes conozcan de ello, con base en las leyes aplicables a los menores y con las formas que al efecto se establezcan.

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

1. Recibir trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que los profesionales que le brinden atención médica, le otorguen un trato conforme a su dignidad humana, respetando en todo momento sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, y su pudor, y que de igual manera, siempre que las circunstancias lo hagan necesario, dicho trato se haga extensivo a los familiares.

2. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. El paciente, en su caso sus familiares o el responsable legal, tienen derecho a que la información sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento médicos, sea lo suficientemente completa para que puedan tomar las decisiones que más les favorezcan; se exprese en forma tan clara que sea siempre comprensible; se brinde con la oportunidad adecuada a fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y que sea siempre veraz, ajustada a la realidad, evitando en todo momento ocultar información fundamental sobre la naturaleza, estado y evolución del padecimiento.

3. Decidir libremente sobre su atención. El paciente, en su caso sus familiares o el responsable legal, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal, y libre de cualquier forma de presión, sobre todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que forme parte de la atención médica que recibe.

4. Otorgar o no su conocimiento válidamente informado. El paciente, en su caso sus familiares o el representante legal, en los supuestos que así lo señale la normatividad, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando deban sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberán ser informados en forma amplia y completa sobre las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse durante el acto médico así como de los beneficios que se esperan.

Lo anterior incluye los casos en los cuales el paciente decida participar en eventos de investigación en humanos.

5. Tener un expediente clínico. El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba, ya sea sobre el diagnóstico, el pronóstico o el plan de tratamiento, sean asentados en forma clara, precisa y legible en un expediente que deberá cumplir con las características propias de este tipo de documentos.

En su caso, tiene derecho, de igual manera, a que se le entregue un resumen clínico de la atención médica recibida.

6. Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que la información que exprese a su médico en relación con su estado de salud, al igual que aquella de carácter personal, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un proceso de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad sanitaria en los casos previstos por la ley.

7. Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal que se encuentre preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y de acuerdo a las circunstancias en que se brinda la atención; así como ser informado cuando requiera referencia a otro establecimiento médico.

8. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. La atención médica adecuada supone el derecho del paciente a obtener por escrito la información necesaria para solicitar una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

9. Recibir atención en cualquier establecimiento a efecto de resolver una urgencia. El paciente tiene derecho a recibir atención médica de urgencia, en cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Salud, con el propósito fundamental de asegurar el restablecimiento de sus condiciones de salud, particularmente cuando está en peligro la vida, un órgano o la función.

10. Presentar inconformidad por atención médica deficiente. El paciente tiene derecho a inconformarse cuando presuma que la atención médica brindada por el equipo de salud, no se haya ajustado a los estándares que obliga una conducta diligente y perita, de conformidad con sus condiciones de salud y en relación con las circunstancias de tiempo y lugar en las que se otorgue el servicio médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se puede definir al consentimiento informado como:

"Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan".

El consentimiento informado incluye los siguientes conceptos:

Derecho a la información:

1. Conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde va a recibir atención, aplicables a su conducta como paciente. Si no lo sabe debe ser informado, acerca de quién es el médico responsable de su atención.
2. Ser informado con veracidad, claridad, suficiencia y objetividad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo o el pronóstico de su padecimiento. El médico debe verificar que el paciente haya comprendido la información que se le proporcionó.
3. Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionará, los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas, así como la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir.
4. Conocer las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad.
5. Ser asesorado y que se le otorgue más información cuando la solicite.
6. Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole, así como y los beneficios esperados, de los proyectos de investigación en que se le proponga participar.
7. Que se de respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.

La información es parte de una relación médico paciente estrecha con comunicación abierta en ambos sentidos, de confianza y cooperación mutuas, en busca de un propósito común, el beneficio del paciente.

Libertad de Elección:

1. Opción de elegir libremente a su médico y a solicitar y que se le conceda su cambio cuando lo considere necesario, excepto en los casos de urgencia.

2. Otorgar su consentimiento o disentimiento en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o los tratamiento propuestos, en la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado inclusive de las consecuencias de esta negativa.
3. Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de su vida o su dignidad.
4. No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible, ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma implícita o explícita, oral o escrita; después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.
5. Preservar la calidad de su vida.
6. No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.
7. En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, solo se haría después de que el paciente hubiera otorgado su consentimiento.
8. A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, quedando implícito que aun cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.
9. La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico paciente.

Es un compromiso ineludible del médico, evitar proponer al paciente cualquier procedimiento en el cual el riesgo inherente, sea mayor que el beneficio esperado; sin haberlo explicado claramente al paciente o familiar responsable, asegurarse de su plena comprensión, sin presiones y con libertad absoluta de decisión, para otorgar o no su consentimiento.

El médico deberá alentar al paciente a tomar su decisión con libertad, si es posible ofrecerle más de una opción, respetar su autonomía y tener en cuenta sus deseos y preferencias, en forma libre y sin coacción.

El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional, no obstante tiene riesgos e inconvenientes.

Riesgos e inconvenientes:

1. Ser demasiado Ser demasiado explícito y causar depresión angustia o miedo en los pacientes, al conocer su situación real, si esta no fuera tan buena como esperaba.
2. Ocasionar que el paciente se sienta inseguro y cambie de médico, por algún otro que le plantee un panorama más optimista, no necesariamente más real, con menos ética y posiblemente menos competente.

3. Informar en forma deshonesta al paciente o familiares, para conducirlos a la aceptación de la práctica de un procedimiento no necesario o que implique un riesgo excesivo, en comparación con el padecimiento que se pretende atender, para adquirir experiencia, para "completar el caso",
4. con fines de presentación o publicación; para cubrirse de posibles quejas o demandas (medicina defensiva) o con propósitos comerciales (económicos).
5. Informar en forma malintencionada al paciente o a los familiares para generarles miedo, buscando su disentimiento, para eludir la práctica de un procedimiento médico o quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, especialmente en hospitales públicos.
6. Información alarmante dirigida a "cubrirse" (medicina defensiva) de posibles quejas, demandas, riesgos, eventualidades adversas, no prevenibles, riesgos de complicación, impericia, incompetencia o mala práctica ante posibles resultados adversos, con el propósito de que el paciente no proteste o para que busque a otro médico, cuando desee deshacerse de él.
7. La negativa para aceptar procedimientos indispensables o al menos necesarios, puede llevar implícita la conveniencia de transferir al paciente con otro médico, que acepte asumir la responsabilidad de continuar atendiendo al paciente, sin haber llevado a cabo los procedimientos requeridos, con las limitaciones impuestas por la negativa de consentimiento.
8. Se puede presentar la negativa a aceptar procedimientos necesarios, por carencias económicas, en cuyo caso habría que buscar otras opciones asistenciales.

Condiciones que requieren consentimiento informado:

1. La hospitalización. Es particularmente importante en lo referente a pacientes psiquiátricos, a quienes no se les puede hospitalizar en contra de su voluntad, sin un mandato judicial o en casos de urgencias extrema, con riesgo para quienes convivan con ellos, su salud o su vida, particularmente en caso de intento de suicidio.
2. La realización de una intervención quirúrgica.
3. La práctica de cualquier procedimiento con fines de control de la fertilidad, particularmente si son definitivos.
4. La participación en protocolos de investigación.
5. La realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo de producir secuelas, discapacidades o complicaciones.
6. La práctica de procedimientos invasivos.
7. El compromiso del paciente de cumplir con las normas hospitalarias.
8. Procedimientos que produzcan dolor no justificado o sufrimiento moral.
9. En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente haya expresado lo contrario.
10. El paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dirigidos a prolongar artificialmente su vida.

En la mayoría de los casos el consentimiento informado debe otorgarse por escrito, en formatos oficiales, diseñados "ex profeso", con la firma de dos testigos, familiares y no familiares, con el propósito de prevenir quejas, demandas o conflictos legales.

En casos en que el riesgo sea importante, en procedimientos definitivos de control de la fertilidad o cuando sea el paciente el que deba comprometerse es preferible que el consentimiento sea pro escrito.

En general puede decirse que no puede llevarse a cabo un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contra de la voluntad de un paciente en uso de sus facultades mentales, aún en caso de que la opinión de la familia sea diferente. Cuando hubiera negativa de aceptación por el paciente, ésta deberá consignarse por escrito en el expediente clínico, si es posible con la firma del paciente o en su defecto, del familiar legalmente responsable.

Una vez otorgado su consentimiento, el paciente deberá comprometerse a participar responsablemente en su atención.

Si el paciente no está capacitado para otorgar su consentimiento y no estuviera presente un familiar responsable o un apoderado legal que pueda otorgarlo por él, el médico tratante o cualquier médico en caso de urgencia, puede tomar la decisión. Se debe ser particularmente escrupuloso en las anotaciones que se hagan en el expediente clínico, especialmente en lo que se refiere a la fundamentación de las decisiones que se tomen. En estos casos, sobre todo si existe duda, el Comité de Ética Hospitalario puede intervenir para apoyar la decisión, siempre a favor del paciente.

El médico tiene derecho a negarse a administrar tratamientos que no considere adecuados médicamente, excesivos o gravosos para el paciente o la familia, desde el punto de vista económico o moral, o que puedan acelerar el desenlace final, especialmente si el beneficio esperado no los justifica. En estas circunstancias se considera adecuado consultar o transferir al paciente a otro médico o solicitar la intervención del Comité de Ética Hospitalario.

El paciente también tiene derecho a:

- Que se tomen en cuenta sus preferencias en el ejercicio de su autonomía para tomar una decisión, particularmente si está conciente o si las dejó por escrito cuando lo estaba (testamento vital).
- Cuando el paciente no esté en condiciones de otorgar su consentimiento, cualquier indicación relacionada con la abstención o suspensión de apoyo vital, debe ser informada y consensada con la familia o con el familiar legalmente responsable. Si existe desacuerdo con la familia, se puede recurrir a la intervención de un médico de su confianza, al Comité de Ética Hospitalario o al poder judicial, y en caso necesario

trasladar al paciente a otra institución. Todo deberá quedar escrupulosamente registrado en el expediente clínico.

- Elaborar su "testamento de vida", mientras esté consciente, en el que determine los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que acepta que se les realicen y cuáles no, así como el destino de sus órganos susceptibles de ser trasplantados.

En pacientes con padecimientos terminales que no están en condiciones de tomar decisiones, debe tenerse en cuenta la posible existencia del "testamento de vida" sobre su atención, en que con anticipación y por escrito, hubiera expresado su voluntad de ser sujetos o no a determinados procedimientos médicos.

El médico no debe sustituir la concepción de calidad de vida del paciente, por la suya propia.

CONTROVERSIAS

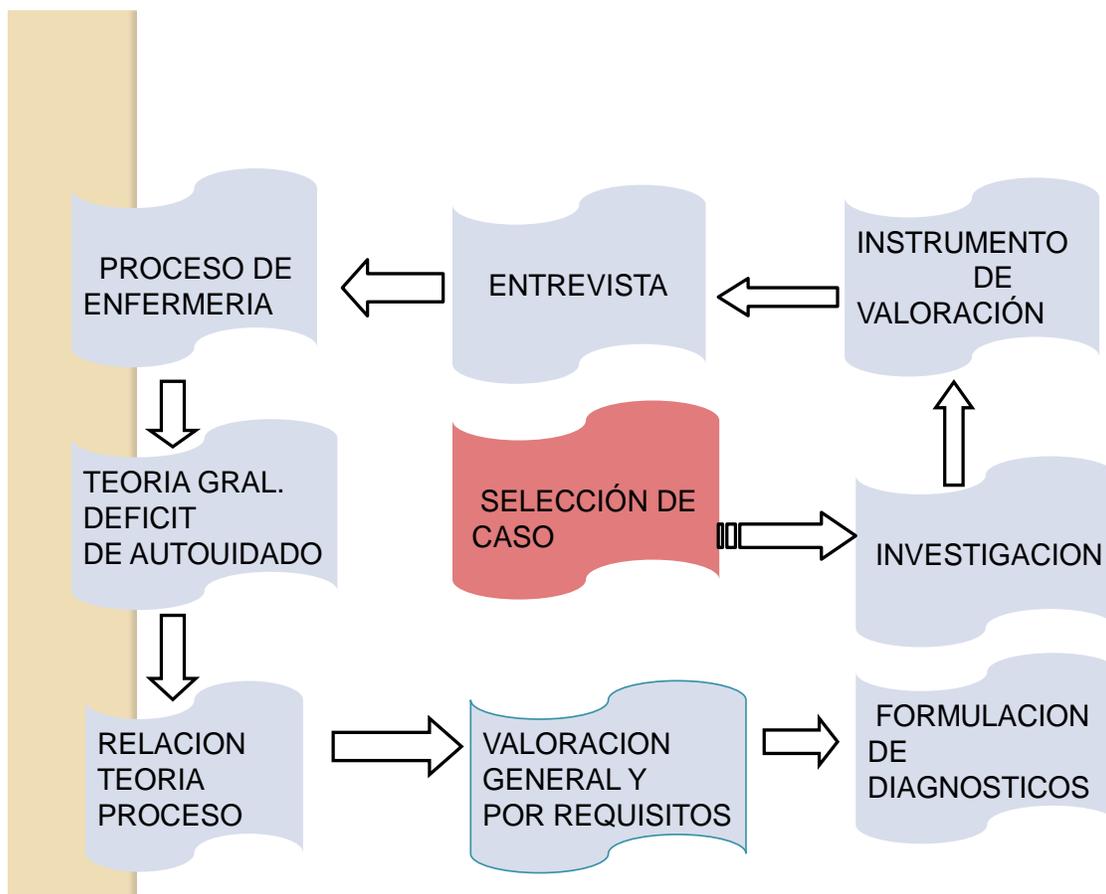
El consentimiento informado requiere ser aplicado en forma muy precisa y en su justo medio, por el riesgo de ocasionar mayor daño con su aplicación estricta, que si no se hubiera cumplido a la letra.

- El consentimiento informado adquiere una mayor complejidad, en pacientes cuyo nivel de conciencia no se encuentra en niveles óptimos o con menoscabo de sus facultades mentales, derivándose la decisión a los familiares responsables, de quienes podríamos no tener la certeza de que están obrando en busca del beneficio primario del enfermo. En esta circunstancia podrían encontrarse también los niños y los ancianos.
- Riesgo de caer en un conflicto de conciencia ante la negativa de un paciente para aceptar un procedimiento indispensable o al menos necesario, para dar cabal cumplimiento a los procesos de diagnóstico o tratamiento, que permitan conducir a la identificación de la enfermedad, su tratamiento o curación, a través de un procedimiento terapéutico. Tal es el caso de la negativa a autorizar una transfusión sanguínea, para la atención de pacientes en quienes la falta de utilización de este recurso, podría ser determinante de la oportunidad de sobrevivir.
- Como complemento del punto previo se tiene la negativa de consentimiento para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contraposición con disposiciones legales que implican la obligación de un médico, para "llevar a cabo cualquier acción que se requiera para preservar la salud o la vida de un paciente".

La ética es la conciencia de la práctica médica. "Una buena práctica dentro de los preceptos de la ética, permite asegurar una atención médica con calidad".¹⁵

(15) Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México, Secretaría de Salud, México, 2005

IV METODOLOGIA.



❑ FINALIZANDO CON UN PLAN DE ALTA.

El paciente acude al Hospital Infantil de Tlaxcala por el servicio de la Consulta Externa por presencia de crisis convulsivas. En donde lo abordó partir del 12 de septiembre de 2009. Se realizan visitas domiciliarias, se

4.1 VALORACIÓN DE ENFERMERIA

La valoración se realiza en base de los requisitos universales de la teoría de Dorothea Orem y al estado en que se encuentra la niño al ingresar al Hospital Infantil Tlaxcala, así como la evolución que va teniendo día a día.

4.3 METODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El método utilizado para este estudio de caso es el Proceso de Enfermería enfocado a Dorothea Orem.

Para la valoración de los ocho requisitos se aplicó el método clínico empleando la historia clínica de enfermería, mediante la observación, entrevista y la exploración física obteniendo datos objetivos y subjetivos.

V. SELECCION Y DESCRIPCION DEL CASO.

El método utilizado para este estudio de caso es el Proceso de Enfermería relacionado con la teoría de Dorothea Orem. La valoración de enfermería se realiza con los ocho requisitos universales, aplicando un instrumento de valoración a través de la observación, entrevista y exploración física obteniendo datos objetivos y subjetivos.

Se realizó una valoración generalizada cefalocaudal, registrada en el instrumento de valoración bajo la perspectiva teórica del autocuidado; se acude al expediente clínico del paciente para la recolección de datos analíticos, entrevista con los cuidadores, se aplica la relación proceso enfermero y la teoría de Dorothea Orem.

Se realiza la valoración con los ocho requisitos universales realizando una jerarquización de los mismos.

Se observa el déficit y las capacidades alteradas para determinar los diagnósticos y realizar las intervenciones y la evaluación de estos.

Se realiza un plan de alta con recomendaciones específicas para dar continuidad en su hogar.

5.1 FICHA DE IDENTIFICACION.

Baldrick de la edad de 3 años, en la etapa de lactante mayor, de sexo masculino, procedente de Tlaxcala, Tlax., con domicilio en Fco. Villa de los Ángeles n.22 col. Centro, la familia profesa la religión católica.

5.2 MOTIVO DE CONSULTA

Acude por crisis convulsivas que fue multitratado aún sin logro del control de las mismas, ni las causas que las originen.

5.3 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLOGICOS.

Madre de 30 años de edad con escolaridad Bachillerato terminado, aparentemente sana, de religión católica, de nivel socioeconómico medio, se dedica al hogar y al cuidado de sus hijos, habita en casa rentada, con tipo de construcción con paredes de block, techo de colado, piso de loseta, cuenta con servicios intradomiciliarios básicos (agua, luz, drenaje), es habitada por su esposo, y sus tres hijos, cuenta con transporte público.

5.4 ANTECEDENTES PATOLOGICOS,

- Madre de 30 años de edad, aparentemente sana, niega tabaquismo y alcoholismo, con grupo sanguíneo O+ escolaridad preparatoria, ama de casa con carga genética sin antecedentes, padre de 31 años de edad escolaridad licenciatura en educación física, sano alcoholismo ocasional no consanguíneo sin antecedentes de carga genética y dos hermanas con edades de 8 años y de 7 años aparentemente sanas el cual las dos asisten a la escuela primaria, profesan la religión católica.

5.5 ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

Embarazo controlado con 9 consultas, en el último trimestre cada 15 días, refiere ingesta de fumarato ferroso y ácido fólico, refiere flujo vaginal al 6to mes sin tratamiento, gesta III, periodo intregenésico adecuado, parto de 39 semanas de gestación, por vía cesárea, complicado por distocia de cabeza, apgar de 7/9, llora y respira al nacer con un peso de 3kg y 47cm en talla, se realiza tamiz neonatal, con resultado negativo, aplicación de la vacuna de BCG, alimentado con seno materno hasta los dos meses, su desarrollo al mes: sigue objetos y ruidos con la mirada; empezaba con sostén cefálico a los dos meses, sonrisa social y chupeteo, gana peso de 1 kg por mes.

5.6 ANTECEDENTES PATOLOGICO

Al tercer mes de vida presenta un evento de crisis convulsivas de una duración de 10 segundos se le atribuye a que presenta fiebre de 39°C relacionado con un proceso infeccioso; se da tratamiento, después de 15 días presenta un nuevo evento pero con una duración de 20 segundos con movimientos tónico clónicos, lo llevan al pediatra de forma particular les sugiere se interne, se queda hospitalizado por 1 mes y medio en una clínica, le realizan un USG transfontanelar los resultados son normales, pero se empieza a impregnar con AVP, DFH, en marzo del 2007 se realiza TAC, sus resultados fueron normales, y los egresan de la clínica por mejoría . Para mayo del 2007 vuelve a presentar episodios de crisis convulsivas pero con mayor duración y de repetición acuden con su pediatra particular y lo trasladan a un Hospital particular del Edo. de Puebla donde le vuelven hacer una serie de estudio entre ellos EKG se detectan una arritmia, se realiza TAMIZ metabólico ampliado (normal) un nueva TAC (microcefalia y atrofia), E.E.G. con actividad acelerada, pero aún sin encontrar causa que propicien las crisis convulsivas el desarrollo de Baldrick , se ve alterado hay una pausa en crecimiento y desarrollo por lo que presenta dimorfias, debilidad en el sostén cefálico , empañamiento de ambos pulgares y dificultad a la bipedestación se inicia ablactación hasta los 9 meses, sin desarrollo de lenguaje, con limitación de sus movimientos en las cuatro extremidades, no muestra estabilidad de la columna, la madre lo observa mas irritable. El edo. de salud de Baldrick también interfiere en sus padres de manera emocional por la frustración de no poder hacer algo por sus hijo. Le comentan al pediatra de la situación económica por la que cursan el pediatra les recomienda acudan al Hospital Infantil de Tlaxcala.

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1 VALORACION DE ENFERMERIA

Lactante mayor quien es canalizado por la consulta externa por presentar varios episodios de crisis convulsivas , con edad no relacionada con la cronológica, hipoactivo con ligera palidez de tegumentos Cabello delgado bien implantado , línea de crecimiento de cabello baja, hipertriosis con fisuras palpebrales rectas con pestañas muy largas y abundantes, pabellones auriculares simétricos , membrana timpánica íntegra, mucosa y cavidad oral hidratadas con salivación excesiva, con reflejo de succión y deglución presentes, pabellones auriculares simétricos , membrana timpánica íntegra, cuello cilíndrico sin adenomegalias , tórax simétrico, campos pulmonares limpios con buena entrada y salida de aire , ruidos cardiacos rítmicos, pezón simétrico , miembros torácicos simétricos con buen llenado capilar de 2", estado de las uñas crecimiento normal pero delgadas, abdomen blando depresible con presencia de perístasis, sin palpar megalias , genitales íntegros, miembros pélvicos hiporeflexicos, con disminución del tono muscular, llenado capilar de 2".

Nombre. B.M.Z Edad: 3 años Fecha de nacimiento: 25/09/2006.

- Estado de desarrollo: Lactante mayor
- Orientación sociocultural: Madre de 30 años de edad, aparentemente sana , niega tabaquismo y alcoholismo, con grupo sanguíneo 0+ , escolaridad preparatoria, ama de casa con carga genética sin antecedentes, padre de 31 años de edad escolaridad licenciatura en educación física, sano alcoholismo ocasional no cosanguíneo sin antecedentes de carga genética.
- Factores del sistema de cuidados de salud:
Con Dx. Epilepsia con TX. Antihepilépticos: AVP Y FRISIUM, revisiones cada 2 meses.
Se encuentra cerca un centro de salud y el Hospital General de Tlaxcala.
- Factores del Sistema Familiar : la familia es nuclear compuesta por Papá, Mamá y dos hermanas con edades de 8 años y de 7 años aparentemente sanas el cual las dos asisten a la escuela primaria, profesan la religión católica .
- Patrón de vida: cada tercer día asiste a terapias de rehabilitación, sus actividades se han visto limitadas por la espasticidad que presenta para un niño de su edad dentro de la normalidad, pero tratan de integrarlo al núcleo lo sacan a pasear todos los domingos en una carriola no cumple con el autocuidado y el agente de cuidados es la madre, en ocasiones la abuela materna
- Factores ambientales: Cuenta con casa propia consta de sala, cocina, comedor, y dos recamaras, con todos los servicios intra y extra domiciliarios vive en un medio urbanizado, niega convivencia con animales, con domicilio Fco. Villa de los Ángeles N.22 A, Tlaxcala, no hay fabricas alrededor que pudieran contaminar su ambiente.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos:

- El padre es el portador del recurso económico con un ingreso quincenal de 4,500 pesos, de acuerdo a su recurso incluyen sus tres tiempos de comida, consumen carne unas cuatro veces a la semana, incluyendo frutas, verduras, cereales y leche diario, el 50% De su economía la destinan al tx. de su hijo.
- Cuentan con el servicio médico ISSTE. Comenta la madre no estar satisfecha con sus servicios.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

B.M.Z embarazo controlado con 9 consultas aproximadamente, en el último trimestre cada 15 días. La madre refiere haber tomado fumarato ferroso y ácido fólico refiere flujo vaginal al 6to. mes sin tratamiento, gesta III ,parto que se complica con distocia de cabeza se obtiene por vía cesárea, producto único por USG de 39 semanas de gestación, apgar de 7/9 llora y respira al nacer, con un peso de 3kg y talla de 47cm , se realiza tamiz neonatal, con resultado negativo, aplicación de la vacuna de BCG , alimentado con seno materno hasta los dos meses, su desarrollo al mes: sigue objetos y ruidos con la mirada ; empezaba con sostén cefálico a los dos meses, sonrisa social y chupeteo, gana peso de 1 kg por mes.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADOS DE DESVIACION DE LA SALUD.

Al tercer mes de vida presenta un evento de crisis convulsivas de una duración de 10 segundos se le atribuye a que presenta fiebre de 39°C relacionado con un proceso infeccioso; se da tratamiento, después de 15 días presenta un nuevo evento pero con una duración de 20 segundos con movimientos tónico clónicos, lo llevan al pediatra de forma particular les sugiere se interne, se queda hospitalizado por 1 mes y medio en una clínica, le realizan un USG transfontanelar los resultados son normales, pero se empieza a impregnar con AVP, DFH, en marzo del 2007 se realiza TAC, sus resultados fueron normales, y los egresan de la clínica por mejoría . Para mayo del 2007 vuelve a presentar episodios de crisis convulsivas pero con mayor duración y de repetición acuden con su pediatra particular y lo trasladan a un Hospital particular del Edo. de Puebla donde le vuelven hacer una serie de estudio entre ellos EKG el cual le detectan una arritmia, se realiza TAMIZ metabólico ampliado (normal) un nueva TAC (microcefalia y atrofia), E.E.G. con actividad acelerada, pero aún sin encontrar causa que propicien las crisis convulsivas el desarrollo de B. se ve alterado hay una pausa en crecimiento y desarrollo por lo que presenta dismorfias, debilidad en el sostén cefálico , empuñamiento de ambos pulgares y dificultad a la bipedestación se inicia ablactación hasta los 9 meses, sin desarrollo de lenguaje, con limitación de sus movimientos en las cuatro extremidades, no muestra estabilidad de la columna, la madre lo observa mas irritable. El edo. de salud de B. también interfiere en sus padres de manera emocional por la frustración de no poder hacer algo por sus hijo. Le comentan al pediatra de la

situación económica por la que cursan el pediatra les recomienda acudir HIT hace mención es de bajo costo y una atención adecuada.

Es tratado por la Consulta externa para el control de las crisis convulsivas, y prevenir un probable Sx. De Lennox Gastaut, el motivo de consulta es por la somnolencia la madre hace referencia que se pone así después de darle el AVP.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.

FR. 24 respiraciones X min. A la exploración física sin obstrucción de las vías aéreas, puente nasal ligeramente deprimido, laringe hiperémica, tráquea alineada. Con capacidad para satisfacer éste requisito.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.

Piel hidratada con ligera palidez de tegumentos. Flujo salival excesivo.

- Realiza sus tres comidas al día a base de papillas con frutas, carne: de pollo y de res, por incompatibilidad a las capacidades de masticación, complementa con fórmula NAN de seguimiento 3 veces al día de 9 onzas.

- Con peristalsis presente, P.A. 54 cm. Peso: 13 kg Talla 91 cm. IMC. 15.6
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.
- No realiza esfuerzo al evacuar.
- Aunque refiere estreñimiento ocasional dependiendo de la dieta.
- Uresis presente incolora e inodora, evacuaciones tres veces al día, amarillas pastosas.
- Sin control de esfínteres

El Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y el Reposo

- Hiporeactivo, somnoliento, reflejos osteotendinosos ligeramente disminuidos.
- Escala de Glasgow de no valorable.
- Escala de Crichton: 7 puntos (alto riesgo).
- Escala de Norton: 7 puntos (riesgo alto).
- Con espasticidad en las cuatro extremidades.
- La madre refiere somnolencia por ingesta de AVP, sueño de 19 horas (intermitentes) 5 hrs. de vigilia

El Mantenimiento del Equilibrio entre la Soledad y la interacción humana

- Sonrisa al contacto con la madre y las hermanas, ligero balbuceo.
- Se observa aceptación al núcleo familiar constante interacción con las hermanas, lo protegen como el hermano más pequeño.
- Constante estimulación con música y figuras móviles, asiste a terapia de rehabilitación a la Unidad Básica de Rehabilitación en Zacatelco. Y de forma particular a hidroterapia 3 veces a la semana. El papá interactúa un poco menos por su horario de trabajo pero se interesa mucho en su rehabilitación.

La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

- Estado cognitivo.
 - Se encuentra somnoliento, con retraso en el crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad.
 - con espasticidad en las 4 extremidades,
 - Alteración en la sensibilidad.
- Estado de la piel.
 - Con ligera palidez.
 - Temperatura de 36 grados C. F.C. 84 lat. X min. T/A: 90/60
P.C. 42.6 CM. Norton y Crichton con alto riesgo.

Estado del cabello:

Cabello delgado bien implantado, línea de crecimiento de cabello baja, hipertrichosis con fisuras palpebrales rectas con pestañas muy largas y abundantes.

- Vello en todo el cuerpo.
- Estado de las uñas.
 - crecimiento normal, pero delgadas
- Estado de la mucosa y cavidad oral:
 - salivación excesiva.
- Datos analíticos:
 - Bh : Hb 13.8 mg/dl VCM: 79.7
plaquetas: 206 mil
leucos: 6.1
Linfos: 63%
Neutro: 26%
Q.S.
Glucosa 69.6 mg/dl Niveles de AVP: 170

Urea: 11.6

BUN: 5.4

Cr: 0.3

La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.

Por la etapa de desarrollo en la que se encuentra no sabe ni conoce de su enfermedad. Pero el agente de cuidado conoce y sabe de la enfermedad y las posibles complicaciones por lo que busca alternativas y ayuda para la pronta recuperación de su hijo.

Capacidad de Afrontamiento del agente de cuidado: Es de religión católica por lo que manifiesta no perder la esperanza y la fe en que se encuentre la causa u origen de las crisis que su hijo presenta. Por lo que han buscado ayuda con psicólogos y terapeutas que los ayuden a tener la prudencia e inteligencia para poder ayudar a su hijo.

6.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

Conducta desorganizada del lactante r/c inmadurez del sistema neurológico m/p alteración de los reflejos primarios, cambios del tono motor, puños apretados.

Intervenciones:

- Rehabilitación con ejercicios activo- pasivos
- Estimulación por medios de la música.
- Lubricación de la piel
- Cambio de posiciones continuamente
- Realizar almohadillas que contengan alguna semilla suave para proteger prominencias óseas.
- Terapia con texturas para recuperación de la sensibilidad
- Colocación de zapatos de tipo bota para evitar pie péndulo.

Disposición para mejorar los conocimientos por parte del agente de cuidado m/p explica su conocimiento del tema, describe experiencias previas relacionados con la patología de su hijo.

Intervenciones:

- Se refuerza sus conocimientos con sustento científico.
- Se la recomienda asistir con otros integrantes de salud que pueden ayudar y colaborar al bienestar de su hijo como lo es Dpto. de Nutriología para que indique los alimentos que contiene una dieta cetogénica, con Trabajo social para ver la posibilidad de adquirir el beneficio del Seguro Popular, consultar
- Terapeutas que le ayuden a llevar un programa de ejercicios que pueda realizar en casa.

Receptor de cuidados: BMZ 3 años		Etapas de desarrollo: Lactante		
Agente de cuidado dependiente: Madre y ocasional la abuela				
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Déficit de autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento de un aporte de agua y alimentos	Estado de salud actual	Los alimentos son incompatibles con las condiciones estructurales o funcionales del individuo o con su estado de salud.	Incompatibilidad con las capacidades existentes para la masticación. Trastornos del funcionamiento motor, distrofia muscular.	Reflejo de succión y deglución.
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excretas	Estado de salud actual	Evacuación intestinal alterado	Cambios en el patrón de evacuación intestinal del individuo: estreñimiento	Manejar los procesos de eliminación que incluyen peristalsis normal.
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Estado de salud actual (espasticidad en las extremidades)	Espasticidad muscular	El factor humano que interfiere el equilibrio, dolor al movimiento, espasticidad y reposo prolongado	El agente de cuidado selecciona actividades que estimulen, ocupen y mantengan en equilibrio el movimiento.

Receptor de cuidado: BMZ 3 años		Etapas de desarrollo: Lactante		
Agente de cuidado dependiente: Madre ocasionalmente la abuela				
Requisito de autocuidado	Factores Básicos condicionantes	Déficit de autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidad de autocuidado
Prevención de peligros para la vida, el buen funcionamiento y el bienestar humano	Factores del sistema de cuidados de salud, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento	Estado neurológico, crisis convulsivas de difícil control.	Factores humanos: discapacidad que interfieren el control de la posición y del movimiento	El agente de cuidado está alerta ante los tipos de peligros que ocurran
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Factores del sistema familiar (familia unida)	Sin déficit	Sin déficit	Refuerzan los lazos de afecto de amor y amistad.

Receptor de cuidado: BMZ 3 años		Etapa de desarrollo: Lactante		
Agente de cuidado dependiente: Madre y ocasionalmente la abuela				
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos condicionantes	Déficit de autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Estado de salud	Sin déficit	No alterado	Disponibilidad para satisfacer las necesidades
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	Factores del sistema familiar (familia unida)	Sin déficit	Ninguno	Refuerzan los lazos de afecto de amor y lo aceptan con sus discapacidades.
Prevención de peligros para la vida , el buen funcionamiento y el bienestar humano	Factores del sistema de cuidados de salud, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.	Estado neurológico , crisis convulsivas de difícil control de la posición y del movimiento	Factores humanos: discapacidad que interfieren el control de la posición y del movimiento.	El agente de cuidado esta alerta ante los tipos de peligros que ocurran.

Diagnóstico: Déficit en el funcionamiento y desarrollo humano r/c inmadurez del sistema neurológico m/p alteración de los reflejos primarios, cambios del tono muscular, puños apretados y conducta desorganizada.		
Objetivo: Logrará la recuperación del tono muscular en las extremidades por medio de la rehabilitación física en un periodo de 1 año.		
Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.		
Actividad de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Rehabilitación con ejercicios activo-pasivo.	La rehabilitación engloba un conjunto de procedimientos médicos, psicológicos, sociales, dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico	Se observa realizar esfuerzo para la marcha, ligera movilización en las extremidades
Estimulación con musicoterapia	Las investigaciones en el campo de la Música y la Medicina, muestran la relación existente entre ésta y el sistema nervioso, la neurofisiología y las emociones, dando sentido a la integración de la música en procesos terapéuticos complejos.	Responde a estímulo con mayor actividad y grito de manera intencionada.
Cambios de posición continuamente.	Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo, por medio de sillas se evitan lesiones en la piel como las escaras.	Se observa sin lesiones en la piel
Realizar almohadillas que contenga alguna semilla suave para proteger prominencias óseas.	Las úlceras por decúbito dependen de la presión que ejercen las prominencias óseas y el objeto en que descansan, como los colchones, férulas y otros, en la piel y tejidos subcutáneos, y como resultado, aparece anoxia o isquemia tisular, lo cual origina la destrucción del tejido blando subyacente.	Se mantiene con una buena circulación sin presencia de escaras en prominencias óseas.

Diagnóstico: Déficit en el aporte suficiente de alimentos r/c deterioro neurológico m/p incapacidad a la masticación y alimentación a base de papillas		
Objetivo: Baldric obtendrá un aporte nutricional adecuado de acuerdo a su padecimiento.		
Sistema de Enfermería. Parcialmente compensatorio.		
Actividad de enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Peso diario en ayunas	Es un parámetro importante para valorar el aporte calórico energético y determine las necesidades nutricionales.	Se mantiene en su peso del último día de la consulta hasta el momento.
Proporcionar alimentos fáciles de deglutir y en horarios fraccionados	Las comidas ligeras y frecuentes resultan más estimulantes e inducen a una buena absorción	Se logra que Baldric tenga una buena aceptación a sus alimentos.
Proporcionar alimentos que le sean de su agrado pero nutritivo	Los alimentos de su preferencia nos permiten que tenga mayor ingesta cada que se le ofrece y a su vez se mantiene en su peso.	Se observa el agrado a sus alimentos

VALORACION.

03 DE MARZO DEL 2010.

Paciente masculino de 3 años de edad conocido por HIT desde febrero del 2008 por el diagnóstico de epilepsia, niega transfusiones, alergias procedimientos quirúrgicos, antecedentes de internamiento por neumonía y descontrol de crisis convulsivas.

Consiente reactivo con adecuada coloración de mucosas y tegumentos, hidratado, cabeza sin hundimientos ni exostosis, pupilas isocóricas, normoreflexivas a la luz, narinas permeables, orofaringe normal, neumotórax con campos pulmonares limpios y bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, abdomen blando depresible, peristalsis presente ligeramente aumentada, extremidades hipertróficas y espásticas, llenado capilar de 2" pulsos de adecuada intensidad.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.

FR. 24 respiraciones X min. A la exploración física sin obstrucción de las vías aéreas, puente nasal ligeramente deprimido, laringe hiperémica, tráquea alineada.

Con capacidad para satisfacer éste requisito.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.

Piel hidratada con ligera palidez de tegumentos. Flujo salival excesivo.

Realiza sus tres comidas al día a base de papillas con frutas, carne: de pollo y de res, por incompatibilidad a las capacidades de masticación, complementa con formula NAN de seguimiento 3 veces al día de 9 onzas.

Con perístalsis presente, P.A. 54 cm. Peso: 13 kg Talla 94 cm. IMC. 14.7125

La Provisión de Cuidados asociados con los procesos de Eliminación.

- Realiza esfuerzo al evacuar.
- Refiere estreñimiento ocasional dependiendo de la dieta.
- Uresis presente de color amarillo e inodora, PH 5.0 densidad de 1.030 evacuaciones tres veces al día, amarillas pastosas dependiendo de la alimentación.
- Sin control de esfínteres

El Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y el Reposo

Hiporeactivo, somnoliento, reflejos osteotendinosos ligeramente disminuidos.

Escala de Glasgow no valorable.

Escala de Crichton: 7 puntos (alto riesgo).

Escala de Norton: 7 puntos (riesgo alto).

Con espasticidad en las extremidades.

Asiste a rehabilitación dos veces por semana por lo que se observan avances como intenta la incorporación, patalea, sujeta cosas, sueño 10/10 en ocasiones siesta.

El Mantenimiento del Equilibrio entre la Soledad y la interacción humana Sonrisa al contacto con la madre y las hermanas, grita en forma intencionada.

Se observa aceptación al núcleo familiar constante interacción con las hermanas, lo protegen como el hermano más pequeño.

Constante estimulación con música y figuras móviles, asiste a terapia de rehabilitación a la Unidad Básica de Rehabilitación en Zacatelco dos veces por semana. Avandona la hidroterapia por falta de recursos. El papá interactúa un poco menos por su horario de trabajo pero se interesa mucho en su rehabilitación.

La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

- Estado cognitivo.
 - Se encuentra activo, con retraso en el desarrollo de acuerdo a su edad.
 - con espasticidad en las extremidades,
 - Alteración en la sensibilidad.
- Estado de la piel.
 - Con ligera palidez.
 - Temperatura de 36 grados C. F.C. 102 lat. X min. T/A: 90/50
P.C: 43 CM. Norton y Crichton con alto riesgo.
Tratamiento: FNB 75mg (7.6 mgkgdia)
Cabello delgado bien implantado, linea de crecimiento de cabello baja,

Hipertrichosis con fisuras palpebrales rectas con pestañas muy largas y abundantes.

- Salivación excesiva.
- Datos analíticos:
 - Bh : Hb 15.2 mg/dl Hcto. 45.2%
 Plaquetas: 185 mil
 leucos: 7.10 (4.0-10.0)
 Linfos: 44%
 Neutro: 35%
E.S: Ca: 9.8mg/dl Na: 130 mmol/L K:5.02 mmol/L Cl: 109.7 mmol/L

La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.

Por la etapa de desarrollo en la que se encuentra no sabe ni conoce de su enfermedad. Pero el agente de cuidado conoce y sabe de la enfermedad y las posibles complicaciones por lo que busca alternativas y ayuda para la pronta recuperación de su hijo.

Capacidad de Afrontamiento del agente de cuidado: Es de religión católica por lo que manifiesta no perder la esperanza y la fe. La mamá pregunta todas las dudas con el médico tratante por lo que queda satisfecha y tranquila con la explicación.

Receptor de cuidados: Baldric 3 años.		Etapa de desarrollo: Lactante		
Agente de cuidado dependiente: La madre en ocasiones la abuela.				
Requisitos de autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Déficit de autocuidado	Factores que alteran el requisito.	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Estado de salud	Sin déficit	Sin déficit	Automatismo respiratorio
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos	Estado de salud	Sin déficit	Sin déficit	Disfruta placentera las experiencias de respirar, beber y comer.
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	estado de salud (reposo prolongado)	Cambios en el patrón de evacuaciones. (estreñimiento)	Evacuación intestinal	Cuidar el entorno según las condiciones sean necesarias.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Estado de salud	Aseo por si mismo	Estado Mental (parálisis cerebral)	Emprender acciones para prevenir los acontecimientos que puedan conducir al desarrollo de situaciones peligrosas.

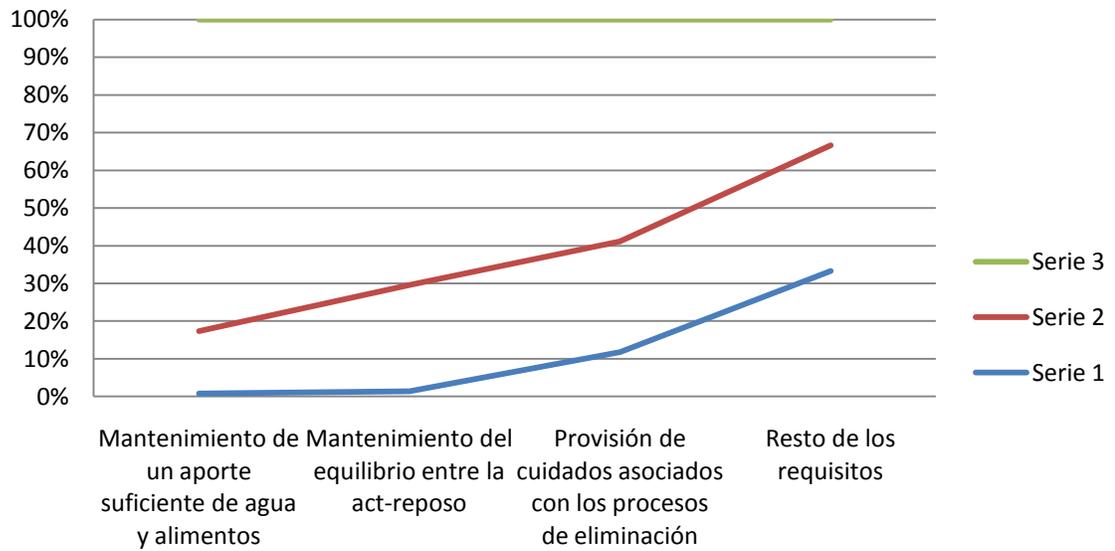
DIGNOSTICO: Déficit en el proceso de eliminación intestinal r/c inmovilidad prolongada m/p estreñimiento y disminución de la perístalsis.		
OBJETIVO: Baldric mejorará el patrón de sus evacuaciones.		
SISTEMA DE ENFERMERIA: Parcialmente compensatorio		
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Valorar los factores relacionados(dieta desequilibrada)	Un hábito intestinal normal se mantiene mediante el aporte diario de fibra, 6-8 vasos de agua y ejercicio diario.	Se da recomendación de la dieta adecuada
Fomentar las medidas correctoras. proporcionar estímulos para la defecación	El reflejo gástrico y el reflejo duodenocólico estimulan los movimientos intestinales en masa dos o tres veces al día, sobre todo después de las comidas.	Aprende con facilidad el agente de cuidado las maniobras
Eliminar o reducir los factores relacionados.	La frecuencia y la consistencia de las heces está relacionada con los líquidos y alimentos ingeridos, la actividad física mejora el peristaltismo, ayuda a la digestión y facilita la defecación.	Aumenta la actividad en Baldric y disminuye los episodios de estreñimiento
Dirigir la educación sanitaria.	Si resulta ineficaz, las recomendaciones anteriores administrar un supositorio de glicerina, éste estimula la defecación	
	Si el estreñimiento persiste debe ser valorado por un medico. -Contreras J. Gracia M. Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas Barcelona: Ariel 2005	Las recomendaciones son claras y las lleva a cabo.

DIAGNOSTICO: Riesgo de infección r/c hábitos higiénicos deficientes en el entorno familiar.		
Objetivo: Baldric se mantendrá libre de infecciones con medidas higiénicas.		
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Lavarse las manos antes y después de cada revisión al niño	El lavado de manos reduce la proliferación de bacterias	Con esta medida preventiva , reduce las infecciones
Realizar una higiene bucal después de cada comida	La higiene bucal ayuda a prevenir infecciones bucales, y la proliferación de caries	Tiene un adecuado aseo bucal
Explicar al agente de cuidado de la susceptibilidad de adquirir alguna infección	El darle apoyo educativo al agente de cuidado permite que haga conciencia de los beneficios de mantener unos buenos hábitos higiénicos <small>Manual Cardenito,2006, pag.120-125</small>	Manifiesta interés por saber más acerca de cómo ayudar a su hijo.

VALORACION DE SEGUIMIENTO 28 DE MAYO-2010

Paciente masculino de 3 años de edad conocido por el Hospital Infantil de Tlaxcala desde mayo del 2008 , por diagnóstico de crisis convulsivas , parálisis cerebral espástica en tratamiento con FNB A 20MGKGDIA. Pupilas reactivas a la luz, narinas permeables mucosas orales hidratadas, piezas dentarias incompletas, cuello cilíndrico, actualmente afebril, sin compromiso cardiovascular, abdomen blando depresible, peristalsis presente y normal, genitales integros, extremidades espásticas.

REQUISITOS UNIVERSALES



VII. PLAN DE ALTA.

NOMBRE EDEL PACIENTE: Baldric

EDAD: 3 años

SEXO: Masculino

FECHA DE INGRESO: 03 MARZO 2008.

FECHA DE ALTA: 4 ABRIL 2010.

1.- ORIENTACION SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE EL FAMILIAR O TUTOR RESPONSABLE DEL NIÑO DEBE REALIZAR: Baño diario, cambio de ropa diario, lubricación de la piel después del baño, vigilar cualquier alteración en el niño, es decir cualquier cambio de actitud como rechazo a la comida, adinámico, que observe que solo quiera estar dormido, hipoactivo, presencia de algún evento de crisis convulsivas acudir inmediatamente al servicio de urgencia.

2.-ORIENTACION DIETETICA: Antes de comer y preparar los alimentos lavarse

Las manos con agua y jabón tanto del niño como de quien los prepara.

- Lácteos: Descremados, dentro de este grupo puedes encontrar yogures, quesos, crema.
- Huevo: Sin inconveniente.
- Carne: Carne de pescado de mar 3 veces en la semana, pollo sin piel (preferentemente pechuga) 2 veces en la semana, carne de ternera sin grasa visible 2 veces en la semana. Dentro de los fiambres, puedes consumir jamón cocido, crudo, salchichas todos los días 1 porción (2 salchichas, 2 fetas de jamón), demás embutidos 1 porción cada 15 días.
- Vegetales: Verduras de hojas verdes y tomate.

- Frutas: No permitidas.
- Cereales: No permitidos. Legumbres: No permitidas.
- Bebidas: Agua, 2 litros por día, para depurar el organismo. Si quieres puedes tomar 2 vasos de vino tinto por día, refrescos sin azúcar.
- Condimentos: Sin inconveniente, sólo controla el contenido de sal, sobre todo si tienes problema de presión arterial.

Esta selección de alimentos para dieta cetogénica debe ser distribuida a lo largo del día, en varias comidas (4 comidas principales y 2 colaciones). Debes consumir poca cantidad de comida varias veces al día. Además, es necesario acompañar esta dieta con actividad física, ya que ésta es la que ayuda a movilizar y quemar las grasas depositadas en el tejido adiposo.

3.- ASISTIR A REHABILITACION: Los pilares del tratamiento de la son cuatro:

Terapia física: La contractura muscular es una de las complicaciones más frecuentes y graves se produce cuando los músculos se encogen debido a un tono muscular anormal y a la debilidad asociada a la enfermedad. Se encuentra limitado el movimiento de las articulaciones y puede causar la pérdida de las habilidades motoras adquiridas previamente.

La terapia física sola o combinada con aparatos especiales (aparatos ortopédicos) puede prevenir esta complicación mediante el estiramiento de los músculos afectados.

Si el niño tiene tendones espásticos en la corva (tendones en la parte posterior de la rodilla) el terapeuta y los padres deben animar al niño a sentarse con las piernas extendidas.

Terapia ocupacional. El terapeuta ocupacional debe enseñarle a realizar destrezas tales como comer, vestirse o usar el baño, que aumenta la confianza en sí mismos y la autoestima.

Logopedia.: Si existen problemas para comunicarse, el logopeda debe identificar las dificultades específicas y trabajar para superarlas mediante un programa de ejercicios.

Escuela (o educación compensatoria): Utiliza teoría y técnicas psicológicas para aumentar las habilidades del niño. Sirve de complemento a la terapia física, ocupacional y del habla. En muchas ocasiones se utilizan métodos de premios, elogios.

MEDICAMENTOS INDICADOS:

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	VÍA
FNB	75MG	24HRS	V.O

4.- REGISTRO DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA: En caso de presentarse un evento de crisis convulsivas:

Voltee al niño de lado para evitar que se asfixie con vómito o algún fluido.

Proteja y amortigüe la cabeza de la persona. Afloje cualquier ropa apretada que tenga alrededor del cuello. Mantenga abiertas las vías respiratorias del niño. Si es necesario, agarre suavemente la mandíbula del niño e incline su cabeza hacia atrás. No restrinja el movimiento del niño a menos que esté en peligro.

No ponga nada en la boca del niño, ni siquiera medicina o líquidos. Esto puede causar asfixia o daños a la mandíbula, lengua o dientes del niño.

Retire cualquier objeto punzante o sólido con el que el niño pueda golpearse durante la convulsión.

Tome nota de cuánto dura la convulsión y de los síntomas que se presentan para que le pueda informar al médico o al personal de emergencia si es necesario.

Permanezca con la persona hasta que se acabe la convulsión. Llevar de inmediato a una unidad médica de urgencias

6.-FECHA DE PROXIMA CITA: 7 MAYO CON NUEVO ECG.

7.-OBSERVACIONES: BALDRIC se observa estable sin presencia de eventos de crisis convulsivas con adecuada ganancia de peso, sueño bien se insiste al agente de cuidado no olvidar la administración de su medicamento en tiempo y forma, asistir a sus sesiones de rehabilitación.

VIII. CONCLUSIONES

La aplicación de la teoría general del déficit de autocuidado me permitió adquirir la integración de conocimientos teóricos y fundamentales para la práctica profesional especializada visualizando al niño de forma holística y siempre llevar de la mano a la familia, aplicando los requisitos autocuidado universales .

La aplicación de la teoría me permitió valorar al niño de forma bio-psico-social y además de jerarquizar cada una de sus necesidades de acuerdo al déficit que ponía en riesgo o en peligro la vida del paciente y así poder responder de inmediato a sus demandas.

En el presente trabajo me permitió integrar los conocimientos de la teoría general del déficit de autocuidado y el proceso enfermero el cual refleja una mejor atención en el paciente pediátrico y una mejor relación enfermera-paciente-familia.

Por lo tanto que los objetivos planteados se lograron al 100% ya que como enfermera Especialista obtuve conocimientos más amplios para poder proporcionar atención de calidad.

Sin antes mencionar que el profesional de Enfermería debe estar en constante preparación para estar actualizado en los constantes cambios que tiene la profesión para la mejora en beneficio de nuestros pacientes con una base científica bien cimentada.

IX SUGERENCIAS

- ✓ Tratar a todos los pacientes con crisis convulsivas con seguimiento de manera externa y canalizar a otras unidades de atención como es rehabilitación, nutrición, estimulación temprana y no excluirlos fuera de tratamiento para que tengan una mejor calidad de vida.
- ✓ Ayudar al familiar con apoyo psicológico para que puedan desahogar emociones reprimidas y así poder apoyar al 100% a su paciente.
- ✓ Buscar fundaciones de apoyo para niños con éste padecimiento ya que los tratamientos son muy costosos.

BIBLIOGRAFIA:

1. Harrison.Mc Graw-Hill INTERAMERICANA Edit. 2009. Impreso en Mèxico.pp.112.
2. E.Cruz-Martinez,E.Escobar.Bol.Med.Hosp.Infan.Factores Etiológicos relacionados con el pronóstico de la epilepsia en niños con síndrome de Moebius.2006-scielo.unam.mx.
3. Richard E. Behrman,Robert M Kliegman, Hal b.Jenson.Nelson Tratado de Pediatría.edic.2004 p.2618.
4. MIB Winckler,RDS Riesgo,L Ohlweiler. Indicaciones quirúrgicas de la epilepsia en la niñez.2007 Porto Alegre Brasil cielo.or.ar.
5. Hancock Ec,CrossHj Síndrome de Lennox en edad Pediátrica.Revisión Cochrane. Traducida 2009 Issue 3Art. <http://www2.cochrane.org>.
6. Lawrence W. Brown Hipoglucemia daño cerebral y sus consecuencias.Junio 2003.Hospital de Philadelphia. <http://www.hiperinsulinismo.org>.
7. Valdivia Alvarez.Revistas Cubana de pediatría vol.78 n.3 Ciudad de la Habana Cuba jul-sep 2006. <http://cielo.sld.cu>.
8. Ann Marrier Tomey, Martha Raile Alligood.Edit Mosby 6ta Edición 2007p-178-182.
9. Raile,Martha Aliligood Evolución del desarrollo de las teoría de Enfermería. Teoría de Enfermería 3ra.ed.Edit.Mosby.Barcelona 2000 p.720-723.
- 10.SALVAT. Modelo de Orem.Edit.Científica y Tècnicas.Edit Masson p.124-200.
- 11.Benavent Garcesm. Ferrer Ferrandise,Francisco del Rey Fundamentos de Enfermería.Los modelos de ciudad Madrid 2001:157.

12. Harrison Principios de Medicina Interna 16ª ediciones (2006) capítulo 363 convulsiones y epilepsia. Harrison online en español. McGraw-Hill.
13. Nelson. Tratado de pediatría 17ª. Edición 2004.
14. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México, Secretaría de Salud, México D.F.
15. Manual Cardenito 2006 pag. 120-125.
16. María Jesús Aguilar Cordero. Tratado de Enfermería Infantil. Edit. Oceano, Barcelona España.
17. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones.
18. Hernández, Arriaga Jorge. Bioética General, Edit. Manuel Moderno, México 2002.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1- MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AIRE SUFICIENTE

Valoración de la vía aérea

Obstrucciones :

Fallas anatómicas

Valoración de la composición y disponibilidad del aire

Valoración del proceso de ventilación pulmonar

Ventilación FR () ritmo () profundidad sincronía

Difusión Saturación de oxígeno FIO2

Perfusión Llenado capilar

Fase de Ventilación

Fases	Apoyo de la ventilación		Observaciones
Fase I	CC	Mas	
	PN	OI	
Fase II	CPAP	Nasal	
		Faringeo	
Fase III	CMV	AC	
	SIMV	VAFO	

Auscultación de Campos pulmonares

Valoración de Silverman anderson

Adaptabilidad pulmonar

Factores fisiológicos

Factores psicológicos

2 y 3 MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AGUA ALIMENTOS SUFICIENTE

Consumo de agua al día (ml)				Tipo de agua que consume			
porque?							
Ingesta de leche (ml)				Tipo de leche			
Ingesta de otro tipo de líquidos:				Refresco ()	Té ()	Otro ()	
Valoración Física							
mucosas orales	hidratadas	semihidratadas	secas	Observaciones			
lengua	hidratadas	semihidratadas	secas				
fontanelas	deprimida(+)	deprimida(++)	deprimida(+++)				
globos oculares	normales	hundidos(+)	hundidos(++)				
piel	seca	hidratada	escamosa				
signo de lienzo humedo							
Volumen urinario	oliguria()	poliuria()	anuria()				
Gasto Fecal							
Aporte de líquidos en 24 horas	enteral ()			parenteral ()			
Nutricion enteral							
Tipo de dieta				Numero de comidas en 24 horas			
Tipo de alimentación							
Alimentos preferidos _____				Alimentos permitidos _____			
factores mecánicos	succión		deglución		masticación		
factores físicos							
Tolerancia a la vía oral	PA preprandial _____			PA postprandial _____			
suplementos alimenticios							
Dispositivos de apoyo para la alimentación _____							
Ablactación	edad ()	alimento ()	progresión				
Observaciones _____							
limpieza				alteraciones			
cavidad oral	dentición _____						
condiciones dolorosas y obstructivas _____							
Habitos alimenticios	come en la calle quien cocina los alimentos en casa						
Rechazo a algun tipo de alimento y/o líquido _____							
Rechazo a algun tipo de alimento o líquido por no ajustarse a normas culturales _____							
Rechazo a algun tipo de alimento o líquido por incompatibilidad fisiológica(absorcion, patología o alergías) _____							

PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y LOS EXCREMENTOS							
Evacuaciones	Cantidad en 24 horas				uresis	Cantidad en 24 horas	
	características					características	
	Alteraciones Anatómicas					Alteraciones Anatómicas	
	Dificultad o dolor para la evacuación					Dificultad o dolor para la micción	
Perspiración				Menstruación			
				Menarca			
				Emociones y sentimientos			
				Manejo del entorno			
				ciudadanos asociados			
Perdidas insensibles				Perioricidad			
				Dolor asociado			
Drenajes y/o dispositivos de apoyo	ventriculostomias				Ileostomía		
	Esofagostomia				Yeyunostomía		
	sonda nasogastrica				Gastrostomía		
	Sonda Orogastrica				Colostomía		
	Sonda Mediastinal				Sonda Vesical		
Sonda Pleural				Penrose			
				Otro			

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Trastornos del sueño	no ()	si ()	cual							
No. De horas de sueño				No. De horas en vigilia						
Estado de conciencia	conciente ()	estupor ()	inconciente ()	coma ()	narcosis ()	otro				
actividad	activo ()	incapacidad()	hipoactivo ()	hiperactivo ()	debilidad ()	otro				
Factores humanos que intervienen en la movilidad	Apatia									
	Incapacidad									
	Inmovilidad prescrita con propositos terapeuticos									

Realiza alguna actividad física, social, cultural que fomente u desarrollo

si	cual								
no	porque								

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL

Actitud	Normal	Comunicación con los demás							
	Deprimido								
	Ansioso								
	Agitado								
	Otros								

Cuenta con personas fuera del ambiente familiar con quien conviva

no	si	quienes							
Siente miedo por algun motivo									

Tipo de personalidad	amoroso	Observaciones							
	bondadoso								
	indiferente								
	egoista								
	autonomo								
	dependiente								
	manipulador								

PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA, EN FUNCINAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO Y EL DESARROLLO DE LA NORMALIDAD

Gasometrias	arteriales								
	venosas								
Citometrias hemáticas									
Química sanguínea									
Electrolitos Sericos									
Otros									
Historial de infecciones									
Alergias									

Métodos Invasivos	tipo	fecha de instalación	condiciones actuales				
Citometrias hemáticas							
Participación del agente de cuidado dependiente							
Exposición a abusos							
Busca apoyo para desarrollo personal							
Se siente aceptado en la familia o grupo social							

Escala de Norton
Condición física
Buena
Regular
Pobre
Muy mala
Estado mental
Orientado
Apático
Confuso
Insocnsciente
Actividad
Deambula
Deambula con ayuda
Cama / silla
Encamado
Movilidad
Total
Disminuida
Muy limitada
Inmovil
Incontinencia
Control
Ocasional
Urinaria y Fecal
Obtenido de " http://es.wikipedia.org/wiki/Escala de Norton "

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

VALORACION DEL DESARROLLO DEL LACTANTE

VALORACION DEL DESARROLLO DEL MOTOR GRUESO

Edad en meses	Manifestaciones	Presente
1 a 4	Sonrie y sigue objetos con la vista	
2 a 4	sostiene la cabeza, trata de alcanza objetos	
3 a 4	Balbucea, reconoce a su madre y muestra guto por la música	
4 a 6	Se rueda por si mismo	
6 a 8	se mantiene sentado si ayuda, prehension palmar, lleva objetos	
7 a 10	Primeras sílabas, se sienta solo y se voltea	
8 a 10	Gatea, Transfiere objetos de una mano a otra	
9 a 11	Hace prehencion digital con el pulgar y el índice	
10 a 12	Se incorpora ayudandose	
12 a 14	Se mantien de pie sin ayuda	
12 a 15	Camina, repite palabras y obedece ordenes sencillas	
15 a 18	Sube escaleras	
15 a 24	Corre sin caer	
15 a 24	Control de esfinter anal	

Edad. Meses	Incremento de peso trimestral. Gr	Incremento de peso mensual. Gr	Incremento (cmt) trimestral en talla	Incremento (cmt) trimestral en PC
1 AÑO A 1 AÑO 3M.	700	230	3.4	0.5
1 año 3m. A 1 año 6 m.	600	200	3.2	0.5
1 año 6 m. a 1 año 9m.	600	200	2.8	0.5
1 año 9m. A 24 meses	700	230	2.7	0.5
total	2600		12.1	2

Areas Corte	4 semanas	16 semanas	28 semanas	40 semanas	1 año	18 mese	2 años	
MOTRIZ	Mantiene posición asimétrica, reflejo tónico cervical. Rueda hacia el costado al intentar sentarse la cabeza cae hacia atrás en posición prona levanta momentaneamente la cabeza. Aprieta las manos fuertemente y al contacto las cierra	Predomina la posición simétrica. Sus manos se encuentran al sentarse, la cabeza se mantiene firme hacia adelante en posición prona las piernas están extendidas o semiextendidas. Tiene a rodar algunos objetos	Etapa intermedia en el camino hacia la posición erguida, la acomodación ocular se haya mas avanzada que lo manual			Gatea con destreza, se para sin ayuda pero sin equilibrio, se desplaza de costado con ayuda de sosten prehención fina hábil, suelta las cosas voluntariamente. Hace rodar un balón	Dominio parcial de piernas. Avanza veloz con paso tiezo. Sube escaleras con ayuda. Coloca un cubo sobre otro. Al primer intento arroja el balón	Hay progreso en la coordinación motriz fina, expresa emociones saltando, bailando, aplaudiendo, chillando, tiene tobillos y rodillas más flexibles, corre sube y baja escaleras, solo pateo la pelota
ADAPTIVA	Mira los objetos solo cuando están en línea de visión. Si toma algo cae inmediatamente de la mano, si escucha una campana su actividad disminuye	Mira los objetos inmediatamente y provocan actividades sus miembros superiores. Sostiene y toma lo que mira y algunos los lleva a la boca	Ojos y manos funcionan en estrecha interacción inspeccionando objetos la conducta manipulativa perceptual es de gran actividad, no se trata de una reacción pasiva	Es capaz de agarrar con prehención en forma de pinza, la importancia de la boca disminuye, inicia interés táctil y visual por detalles. Conciencia de contenido y contenido de cima y fondo, lado y lado y de causa y efecto	Apresación de la forma perceptiva hacia lo redondo. Pone un objeto sobre otro. Por un momento sensibilidad para modelos imitativos. Realiza garabatos. Progresa en un juego social. M odelo de dame y toma	Relaciones geométricas del medio físico que lo rodea. Los dibujos son borrones son significados para el , madurez perceptual reflejado en la toma significativa de su comportamiento.	Progresa en la atención. Puede hacer tareas reposadas durante mas tiempo. Se amplía la acción de la memoria, no discrimina color, es pobre en imaginación y normatividad de geometría manipulativa.	
LENGUAJE	Aún su faz es inexpresiva, su mirada es vaga e indirecta realiza pequeños ruidos gestuales	La expresión es entusiasta, respira y ríe fuertemente	Gran cantidad de vocalizaciones espontaneas y emitiendo vocales, consonantes y hasta sílabas y diptongos, el bebé entabla relaciones sociales con personas específicas	La creciente destreza de labios y su facultad imitativa favorece la vocalización articulada, sensibilidad para las impresiones sociales, tiende a imitar ademanes gestos y sonidos, responde a su nombre y posee una o dos palabras en su vocabulario articulado	Reciprocidad social. Repetición e imitación de palabras familiares. Atrae la atención con toses y chillidos. Al ver su imagen a espejo, contacto visual y vocalizaciones	De naturaleza ensimismada se comunica con ademanes y palabras, vocabulario de 10 palabras bien definidas, uso de palabras y ademanes , comprensión significativa, responde a ordenes simples.	Vocabulario de larededor de 300 palabras, canta frases de tres palbras, no piensa ni habla en párrafos.	
PERSONAL SOCIAL	Cuando miras su actividad disminuye, mira indefinidamente .	Sonrie espontaneamente, permanece sentado entre 10 y 15 min. Con ayuda desarrolla juego manual	El bebé es relativamente reservado habiendo adquirido lanotable dominio de ojos, cabeza, brazos y manos, no dispone de mucho tiempo para los espectadores	Le gust atener gente a su alrededor su sensibilidad al medio social le permite aprender algunas gracias infantiles, capacidad de reconocer a un extraño, síntoma de mayor madurez social	Repetición de acciones que le son festejadas. Inicio de sentido de personalidad, Reacción frente a la música, primitivo sentido del humor. Se alimenta solo con sus dedos. Actitud sociable perceptiva a las emociones de los demás.	Independiente en sus juegos. Hace pequeños mandos en casa, llevando o buscando cosas, Reacciona a los cambios de la rutina, se aferra a sus ideas como a sus bienes, egocentrismo, las palabras significa poco.	Interes por la propiedad de las cosas, personas. Los contactos sociales son escaso y breve, ayuda a vestirse y desvestirse, tiene noción de su posición en la jerarquía social. Dramatiza la relación Madre-Hijo.	