



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL IV
SEDE: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL
BAJIO

**“ESTUDIO DE CASO A UNA LACTANTE MENOR CON
ALTERACION A LAS NECESIDADES BÁSICAS POR
ENFERMEDAD CONGÉNITA SECUNDARIO A AFALIA.”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL
PRESENTA
L.E.O. MARÍA MAGDALENA CASTRO DURÁN.



ASESOR: E.E.I LUZ DE LOURDES SANCHEZ NAVARRO

LEON, GUANAJUATO, 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

INTRODUCCION

OBJETIVOS

1 MARCO TEORICO

1.1 Estudios Relacionados.....	(1)
1.2 Proceso de Atención de Enfermería.....	(6)
1.2.1 Etapa 1.- Valoración.....	(8)
▢ Tipos de datos.....	(9)
▢ Métodos de obtención de los datos.....	(11)
▢ Organización de los datos.....	(18)
1.2.2 Etapa 2.- Diagnóstico.....	(19)
▢ Componentes.....	(22)
▢ Tipos de diagnósticos.....	(23)
▢ Directrices.....	(25)
1.2.3 Etapa 3.- Planeación.....	(26)
▢ Tipos de planeación.....	(27)
▢ Componente del objetivo / resultado.....	(29)
▢ Actividades.....	(33)
1.2.4 Etapa 4.- Ejecución.....	(36)
1.2.5 Etapa 5.- Evaluación.....	(47)
▢ Formas de evaluación.....	(48)
▢ Normas y cánones.....	(51)
▢ Características generales de la evaluación.....	(52)
1.3 Propuesta Filosófica de Virginia Henderson.....	(54)
▢ Conceptos principales.....	(54)
▢ Grafica continuum independencia-dependencia.....	(56)
▢ Grafica grado y duración de la dependencia.....	(57)
▢ Necesidades según Virginia Henderson.....	(58)
1.3.1 Necesidad de respirar normalmente.....	(59)

1.3.2 Necesidad de nutrición e hidratación.....	(59)
1.3.3 Necesidad de eliminación.....	(60)
1.3.4 Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.....	(61)
1.3.5 Necesidad de dormir y descansar.....	(62)
1.3.6 Necesidad de elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.....	(62)
1.3.7 Necesidad de mantener la temperatura corporal.....	(63)
1.3.8 Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.....	(64)
1.3.9 Necesidad de evitar los peligros del entorno.....	(64)
1.3.10 Necesidad de comunicarse con los demás.....	(65)
1.3.11 Necesidad de actuar de acuerdo con la propia Fe.....	(66)
1.3.12 Necesidad de llevar a cabo actividades con un sentido de autorrealización.....	(66)
1.3.13 Necesidad de actuar en actividades recreativas.....	(67)
1.3.14 Necesidad de aprender.....	(67)
▣ Relación con otros profesionales.....	(68)
▣ Supuestos.....	(69)
▣ Postulados.....	(70)
▣ Afirmaciones teóricas.....	(71)
1.4 Aspectos Éticos en el Cuidado de Enfermería.....	(73)
▣ Código de ética para enfermería en México.....	(74)
▣ Declaración de principios.....	(77)
▣ Decálogo de enfermería.....	(79)
▣ Consentimiento informado.....	(80)
▣ Obtención del Consentimiento informado en niños.....	(86)
▣ Derecho de los niños.....	(88)
▣ Derecho de los niños hospitalizados.....	(89)
1.5 Factor de Dependencia.....	(91)
2 METODOLOGIA.....	(96)
2.1 Descripción del caso.....	(96)
2.2 Métodos e Instrumentos.....	(102)

2.3	Proceso de Construcción del Diagnostico.....	(104)
2.4	Proceso de Planeación.....	(106)
3	RESULTADOS.....	(125)
4	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	(126)
5	BIBLIOGRAFIA.....	(127)
6	ANEXOS.....	(129)
6.1	Historia Clínica de Enfermería.	
6.2	Hoja de Reporte Diario.	
6.3	Consentimiento informado.	
6.4	Tríptico.	
6.5	Plan de Alta.	
6.6	Escala de Silverman.	
6.7	Escala de Braden.	
6.8	Escala de Denver.	
6.9	Escala de valoración muscular del Medical Research Council.	

INTRODUCCIÓN.

La Enfermería como actividad ha existido, desde el inicio de la humanidad. La especie humana siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y por tanto, siempre ha requerido cuidar de los más desvalidos. Enfermería aparece así, unida y relacionada a la humanidad desde la antigüedad.

Entre los años 1500 y 1860, la enfermería tuvo su peor momento, debido a que la idea predominante era que la enfermería constituía más una ocupación religiosa que intelectual, por lo que su progreso científico se consideraba innecesario. Además, tras la Reforma Protestante se produjo una desmotivación religiosa para dedicarse al cuidado de enfermos entre las personas laicas y una relegación a antiguas pacientes, presas y otras personas de los estratos más bajos de la sociedad de la actividad de aplicar cuidados. Donahue denominó a este período la "Época oscura de la Enfermería"

En la Segunda Guerra Mundial, la enfermería adquirió mayor importancia y relieve. En los últimos días de la guerra un artículo de Bixler y Bixler en la revista *American Journal of Nursing* valoraba la enfermería como una profesión. Los siete criterios para una profesión identificados por estos autores eran aplicables a la enfermería de la forma en que se practicaba en ese momento y justificaban la consideración de la enfermería como profesión.

La **enfermería** es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales.

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

El Proceso de Atención 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. Como todo método, el PAE 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. .

Este trabajo está estructurado en dos partes; la primera consiste en la búsqueda bibliográfica y recopilación de datos de mi paciente y la segunda; la parte en la que de acuerdo a mi análisis identifico las necesidades alteradas y hago mi plan de intervenciones especializadas individualizadas a mi paciente.

El presente trabajo se elabora como opción de titulación del PUEE para obtener el grado en enfermería infantil y por el interés que me proporciona la historia de la paciente debido a su complejidad y por ser caso único en el hospital donde trabajo y por la afinidad que tengo por ella y sus padres, en el presente trabajo se desarrollará la metodología con la que trabaje, además de algunos artículos científicos que encontré para ayudarme a fundamentar mi trabajo y algunos que me sirvieron de guía, una breve descripción de la patología y la descripción completa de los diagnósticos de enfermería que consideré importantes en el momento de la evaluación a lo largo de mi estudio, las intervenciones que estructuré de acuerdo a las necesidades de la paciente.

OBJETIVOS:

GENERAL

→ Elaborar un estudio de caso de una lactante menor con alteración en las necesidades básicas por enfermedad congénita secundaria a Afalia, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, en los meses de octubre-diciembre del 2011.

Específico.

- ∅ Realizar una valoración especializada de enfermería a una lactante menor con riesgo y dependencia en las necesidades básicas.

- ∅ Elaborar los diagnósticos de enfermería sustentados en los datos objetivos y subjetivos obtenidos y las fuentes de dificultad.

- ∅ Elaborar y proponer un plan de intervenciones de enfermería de alta calidad humana para la atención de un paciente pediátrico con alteración en las necesidades básicas por enfermedad congénita relacionado Afalia.

- ∅ Implementar el plan de intervenciones de enfermería y proporcionar cuidados especializados y lograr de la manera más efectiva y permanente la independencia de las necesidades que se encuentre en riesgo y/o dependencia.

1. MARCO TEORICO.

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS.

La enfermería se halla en un período crucial en el desarrollo del conocimiento enfermero, puede afirmarse con total certeza que la ciencia de los cuidados se halla inmersa en plena revolución científica. (Riera., 2003).

Actualmente los esfuerzos de los profesionales de enfermería están enfocados hacia la consolidación de un cuerpo de conocimientos concretos que permita el continuo desarrollo de la enfermería como disciplina científica y profesión reconocida; para ello es fundamental asegurar una práctica basada en la evidencia respaldada por el avance de la investigación, tanto en el campo clínico y comunitario, como en los de la gestión y la educación. (Marín., 2005)

Se realizó una búsqueda en bases de datos de diferentes revistas electrónicas con el objetivo de documentar mi estudio de caso, considero muy importante fundamentar mi trabajo ya que esto le dará más credibilidad y así podré demostrar lo importante y básico que es el uso del Proceso de Atención de Enfermería y aumentar mis conocimientos acerca de una enfermedad poco frecuente, además que es un requisito para obtener el título correspondiente al posgrado a si mismo podre reafirmar que enfermería sabe realizar investigaciones, en mi búsqueda encontré 5 artículos de estudios de caso realizados por enfermería que me ayudaron a reafirmar el diagnóstico e intervenciones de mi paciente.

Igualmente se realizó una búsqueda de artículos relacionado con el factor de dependencia encontrando un total de 6 artículos los cuales provenían de investigaciones en países de Asia, Europa, Estados Unidos, Chile y dos mexicanos, en los que reportaban casos únicos en su país, por lo que me ayudaron a sustentar el trabajo y relacionarme con especialistas médicos debido a que tuve un enlace con un médico mexicano del cual base la mayor parte de mi fundamentación, obteniendo una respuesta positiva y cordial por parte del médico, de todos los artículos encontrados realice un análisis y

resumen de cada uno, resaltando lo más importante para la fundamentación de este trabajo.

En el artículo titulado “El niño con genitales ambiguos y la intervención de la enfermera en su manejo” de la Lic. Elisa Morales Olarte encontré datos que me interesaron y me ayudaron con mi estudio de caso ya que al nacimiento de mi paciente se había diagnosticado con genitales ambiguos siendo descartada al ingresar al Hospital Regional de Alta Especialidad, al igual que en el artículo yo considero muy importante la participación de la enfermera en estos casos ya que nosotras somos el personal que más convive con la paciente y el familiar y que de nuestros cuidados depende mucho la recuperación del paciente, al igual que en pacientes con la patología de síndrome dismórfico relacionado con afalia y los pacientes con hermafroditismo lo más importante es la reasignación de sexo y la reconstrucción a temprana edad, es este artículo la licenciada no realiza diagnósticos, y explica la técnica de fijación de sonda transuretral en el postquirúrgico. ¹

El artículo de la estudiante de enfermería Elia Lozada donde expone un estudio de caso de un neonato con pseudohermafroditismo me ayudo a entender y conocer más sobre la clasificación del hermafroditismo y su significado, ella realizó 5 diagnósticos reales los cuales eran enfocados a la madre del paciente y sobre todo a los miedos y confusión que padecen con su hijo que padece genitales ambiguos, sus cuidados resaltan la importancia de reasignar un sexo acorde a su cariotipo genético, que es importante mantener la privacidad y respeto hacia la familia y el paciente, en el artículo también resalta el papel tan importante de la enfermera por ser el personal de primer contacto y por ser el personal que más atiende al paciente y a la familia.²

¹ Morales-Olarte Elisa (2004), “El niño con genitales ambiguos y la intervención de la enfermera en su manejo”. Rev. Enferm . IMSS; 12 (1): 23-28. México D.F.

² Lozada EV (2012), “Cuidados de enfermería en un recién nacido con pseudohermafroditismo”. ENE. Revista de Enfermería. Dic.; 6(3) Carabobo Venezuela.

En la Sesión Clínico patológica en el Hospital Central Militar se presentó un caso de una paciente de tres meses que es el Gemelo B, al nacer ambos bebés fueron clasificadas como niñas pero al egreso a su domicilio ambas gemelas tenían signos vitales normales sin compromiso cardiorrespiratorio pero al revisar al gemelo B identifican las alteraciones físicas genitales, al llegar al hospital militar de México en una laparoscopia realizada identifican la presencia de útero y trompa de Falopio de la do izquierdo y en el lado derecho un testículo fue un caso que llamo la atención de los médicos porque solo se han documentado 500 casos en todo el mundo este artículo me intereso ya que resaltaba lo importante de reclasificar las alteraciones intersexuales y que en Europa identificaron que el llamar a la patología hermafroditismo se discriminaba a los pacientes por lo que se nombraran “Desarreglos ó trastornos del desarrollo sexual”, nuevamente resaltan la importancia de la reasignación de sexo a temprana edad.³

A lo largo de toda la recopilación de información y de varios artículos que leí todos eran artículos de pacientes recién nacidos o menores de un año como lo es mi estudio de caso por casualidad encontré un artículo que me llamo mucho la atención debido a que era un caso de un paciente de 24 años con hermafroditismo y que jamás había sido tratado con hormonas, es un paciente de Rumania y que llegó a vivir a España y el motivo de su visita al hospital fue por amenorrea primaria a sus 24 años lo cual lo llevo tener un gran conflicto debido a que el se había autodenominado hombre y no sabía manejar esa situación gracias a este artículo reafirme la importancia de reasignar un sexo a la paciente y sobre todo un manejo integral tanto endocrino como psicológico y psiquiátrico.⁴

³ Garibay-González Francisco (2009), “Lactante menor con desarreglo del desarrollo sexual ovotesticular: Hermafroditismo verdadero”. Rev. Sanid. Milit. Mex.; 63(4) Jul – Ago:202-209. México D.F.

⁴ Cueto-Callejón Margarita (2011), “Disgenesia gonadal parcial XY. Diagnóstico en edad adulta”. Prog Obstet Ginecol.;54(11):596-600. Madrid, España.

El Dr. Varela realizo un estudio de seguimiento a dos pacientes portadores de una ausencia de pene denominada Afalia, ambos pacientes son seguidos clínicamente desde 1994 a 2005 en el Servicio de Cirugía Pediátrica, Unidad de Patología del Polo Caudal del Hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago de Chile. Ambos niños nacieron con otras malformaciones presentaron la opción de nacer con una malformación ano-rectal asociada a una fístula uretro-rectal y riñón único en ambos casos, desde el nacimiento se le dio la opción a ambos padres de realizársele una reasignación de sexo (castración) se mando al comité de ética para ser valorado pero ambos padres prefirieron dejar como varones a sus hijos pensando que la medicina podría avanzar en los próximos años es interesante la conclusión a la que llegó el Dr. Varela; “En nuestro plan terapéutico y de rehabilitación se deben tener presente ambos campos de trabajo, lo físico y lo psicológico. Y ello aplicado tanto al paciente como a su familia, es muy importante partir considerando al paciente en forma integral. Fue muy significativo considerar que el ser humano a diferencia de otros seres vivos posee también una vida psíquica que se ve afectada profundamente con la malformación a su vez el ser humano es un ser social y como tal se compromete frente a la enfermedad.”⁵

En un estudio caso de un paciente de 14 años diagnosticado con Afalia, realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, el Dr. Santana tuvo como objetivo el presentar una nueva propuesta para pacientes con este padecimiento donde se intentaba la técnica de avance uretral, en su exploración física encontró al paciente con datos de uropatía obstructiva con riesgo de deterioro del tracto urinario superior, por lo que se decidió a someterlo a un avance uretral, separándolo del esfínter ano-rectal y dejando meato perineal y a si evitar el daño renal irreversible, al igual que en el anterior caso se tuvo que tomar en cuenta la opinión del comité de ética, Paidopsiquiatria y todo el equipo multidisciplinar ya que la complejidad del padecimiento no es solo

⁵ Varela G, Mario Antonio (2011), Ausencia congénita de pene y sexualidad. Acta med. CSN; 5(1):16-19, Santiago de Chile.

físico si no que interfiere sobre el rol sexual que la sociedad clasifica únicamente como masculino o femenino, el estudio fue todo un éxito al mes del postoperatorio se realizó examen general de orina y urocultivo sin encontrar evidencia de infección urinaria, además de ultrasonido vesical con orina residual de 4%, por lo que se considera una buena opción para pacientes con este padecimiento.⁶

La búsqueda de estos artículos me ayudó a volverme más ágil y más metódica para buscar información además mejore mi habilidad para realizar búsqueda en revistas electrónicas en el idioma inglés y darme cuenta de la importancia que la enfermera le está dando a la investigación más científica. Además de las habilidades obtenidas los artículos me sirvieron para tener una idea de cómo poder hacer la introducción de mi artículo, o como saber redactar mis conclusiones, además obtuve una gran motivación para yo también poder publicar mi artículo en un futuro próximo.

Durante mi búsqueda de artículos relacionados con el factor de dependencia y sintiéndome un poco angustiada por la complejidad de mi estudio de caso por lo que decidí a escribirle al Dr. Zael Santana Ríos⁷ autor de uno de los artículos que tome como referencia obteniendo una respuesta favorable de su parte y me prestó algunos artículos que me sirvieron de mucho para poder complementar mi trabajo.

⁶ Santana-Ríos, Zael. (2011). Afalia congénita; manejo con avance uretral. Rev. Mex. Urol.71 (4):239-241. México, D.F

⁷ Ibid. Santana-Rios.

1.2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA.

El **Proceso de Atención de Enfermería** en la práctica clínica ganó mayor legitimidad en 1973 cuando las fases se incluyeron en los standards of nursing practice de la ANA (Kozier, 2008).

Es un método sistemático centrado en el paciente para estructurar la administración de la asistencia de enfermería, en todos los estadios del proceso, el profesional de enfermería trabaja con el paciente para individualizar la asistencia y construir una relación de confianza y respeto mutuos

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.

CONCEPTO.

El proceso de Atención de Enfermería se define como “un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente”. (Phaneuf, 1993)

El proceso de atención de enfermería *es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería.*

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), comprende 5 etapas:

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1.-Valoración. | 4.-Ejecución. |
| 2.-Diagnostico. | 5.-Evaluación. |
| 3.-Planeación. | |

Las fases del proceso de enfermería no son entidades separadas sino subprocesos continuos que se solapan. Cada fase del proceso de enfermería afecta a otras; están estrechamente interrelacionadas.

Los **objetivos** que tiene la utilización del proceso de atención de enfermería es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. (Kozier, 2008)

Es una forma sistematizada que permite corregir inconvenientes y proporciona grandes ventajas en el plano organizativo, aporta *continuidad* al trabajo de la enfermera, es un *instrumento de racionalización* de los cuidados, hace posible una *coordinación* más eficaz entre las distintas intervenciones del equipo de cuidados, facilita el *establecimiento de prioridades* en la aplicación de los cuidados.

Su mayor ventaja radica, sin duda, en el hecho de que el proceso se fundamenta en una serie de datos facilitados por el propio cliente o conseguidos en otras fuentes seguras. Estos datos permiten contemplar la situación en su conjunto y apreciar las necesidades reales de cada individuo, considerado como una persona diferente y única en sí misma. El proceso de cuidados constituye, pues, un instrumento de *individualización y personalización* de los cuidados. Y de este modo contribuye a su *humanización*. (Phaneuf., 1993).

1.2.1. ETAPA 1: VALORACIÓN.

La **valoración** es la recogida de datos, es la fase inicial del proceso de cuidados, consiste en reunir todas las informaciones disponibles, necesarias para los cuidados del cliente. (Phaneuf., 1993).

Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de los datos. Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas sanitarias, los valores y el estilo de vida.

El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas: *obtención de datos, organización de los datos, validación de los datos y registro de los datos.* (Kozier, 2008).

TIPOS DE VALORACION.

Cuadro 1.-TIPOS DE VALORACIÓN.

TIPO.	MOMENTO EN QUE SE REALIZA.	OBJETIVOS.
Valoración inicial.	Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución sanitaria.	Establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones.
Valoración centrada en el problema.	Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería.	Determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración.
Valoración urgente.	Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente.	Identificar problemas peligrosos para la vida.

		Identificar problemas nuevos o que se pasaron por alto.
Revaloración al cabo de un tiempo.	Varios meses después de la valoración inicial.	Comprobar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes.

Fuente: Kozier, B. (2008). Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y prácticas. Madrid, España.

TIPOS DE DATOS.

Los *datos subjetivos*, denominados también *síntomas* o datos ocultos, solo resultan aparentes para la persona afectada y sólo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación actual.

Los *datos objetivos*, ó *signos* o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la exploración física y la observación. (Kozier, 2008).

FUENTES DE INFORMACIÓN.

Para llevar a cabo la recogida de datos, la enfermera deberá acudir a distintas fuentes. *La fuente primara* o directa de información será siempre el propio cliente. Sin embargo, existen varias *fuentes secundarias* o indirectas, que puedan añadirse a la primaria, tales como: la historia clínica del cliente, actual o anterior, la familia y el entorno del cliente, el intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud, libros, artículos y obras referidos al tema. (Phaneuf., 1993).

PACIENTE.

La mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que esté demasiado enfermo, sea demasiado joven o esté confundido como para comunicarse claramente. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer. Algunos pacientes no pueden o no desean proporcionar datos

precisos. Entre ellos están los niños pequeños y los pacientes confundidos, asustados, avergonzados o desconfiados, o que no hablan la lengua del profesional de enfermería. (Kozier, 2008)

HISTORIA CLÍNICA.

La consulta de la historia debe permitir a la enfermera estar al corriente de las prescripciones médicas y de la evolución del estado del enfermo; de los informes, exámenes y análisis, de las distintas intervenciones terapéuticas, y de las notas y planes de cuidados redactados por sus colegas. Este tipo de consulta debe ser habitual y diario. A través de este medio, la enfermera está continuamente al corriente de todo lo que le ocurre a la persona a la que está cuidando. (Phaneuf., 1993).

PERSONAS DE APOYO.

Los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este. Podrían transmitir información sobre la respuesta del paciente a la enfermedad. Son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o que está inconsciente o confundido. (Kozier, 2008).

Los contactos con la familia y el entorno son igualmente importantes; a veces, incluso resultan esenciales en ciertos servicios como urgencias, pediatría o psiquiatría. En todo caso, deberían ser siempre considerados como necesarios y significativos. Los familiares y amigos suelen aportar no pocas informaciones útiles, pero, además, en ciertos casos pueden presentar una colaboración que la enfermera haría bien en utilizar mejor. (Phaneuf., 1993).

PROFESIONALES SANITARIOS.

La comunicación con otros miembros del equipo multidisciplinar puede igualmente enriquecer a la enfermera. Una mejor comprensión del plan médico o de las intervenciones de otros terapeutas y especialistas pueden ayudar a la enfermera a coordinar el conjunto del plan de tratamiento. Puede incluso

reforzar las acciones que se recogen en él y evaluar sus resultados. La enfermera es uno de los elementos más importantes del equipo de cuidados. Sólo de ella depende el que asuma este puesto y lo mantenga.

BIBLIOGRAFÍA.

La revisión bibliográfica de enfermería y la relacionada, como las revistas profesionales y los textos de referencia, puede proporcionar información adicional para la base de datos. Los libros, artículos y trabajos de referencia constituyen también una fuente importante de información. En ellos, la enfermera puede encontrar datos e informaciones sobre el problema de salud de su cliente; sobre las necesidades que pueden alterar este problema; y sobre los tratamientos e intervenciones que generalmente se necesitan en estos casos. (Phaneuf., 1993).

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS.

OBSERVACIÓN.

La observación es un elemento primordial en los cuidados de enfermería. Puede definirse como *la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior.*⁸ La observación es una habilidad consciente y deliberadora que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas. La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos, b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Los profesionales de enfermería deben centrarse en datos específicos con el fin de no sentirse abrumados por múltiples datos. Observar, por lo tanto, implica distinguir los datos de una forma significativa.

Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría de los profesionales de enfermería

⁸ Phaneuf, Margot. (1993). Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. pp 249-255.

desarrolla una secuencia particular de acontecimientos observadores, habitualmente centrados primero en el paciente.

ENTREVISTA.

La entrevista es un proceso complejo que requiere capacidades de comunicación e interacción por un lado y por otro no olvidar que debe ser una actividad técnica, en la cual la enfermera aplicará sus conocimientos científicos. Se centra en la identificación de las respuestas del enfermo, que pueden tratarse mediante la intervención de la enfermera.

Este proceso, por tanto, permite, a la enfermera y al paciente dar y recibir información.

Es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento.

Existen dos métodos para entrevistar **dirigido y no dirigido**, la entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica; el profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo, comúnmente son utilizadas para dar y obtener información cuando el tiempo es limitado (situación urgente).

Durante una entrevista **no dirigida o entrevista construida** sobre la buena relación por el contrario, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La buena relación es la comprensión entre dos o más personas. (Kozier, 2008)

Aspectos a tener en cuenta por parte del profesional en una entrevista:

1. Preparación teórica
2. Comunicación verbal.
3. Comunicación no verbal.
4. Coherencia.
5. Atención.

Para no mezclar nuestros propios sentimientos.

Para asegurarnos de que nos entiende.

Para empatizar.

Para percibir lo que nos transmite el paciente (comunicación no verbal).

Habilidades que facilitan la entrevista. El dominio y la utilización de determinadas habilidades ayudan a hacer más fácil la entrevista y permiten conducirla hacia la búsqueda de las informaciones que realmente necesita para avanzar en su proceso.

Algunas de las habilidades son:

1.-Habilidades para hacer preguntas de forma adecuada, pueden ser preguntas cerradas que limitan la respuesta a un si o un no, o a unas pocas palabras, o preguntas al cliente que permitan explicarse, porque la respuesta que piden es más elaborada, las preguntas abiertas pueden ser de diferentes tipos: a) tipo narrativo, b) tipo descriptivo, c) tipo evaluador, d) tipo de clarificación.

2.-Habilidad para confirmar o validar las percepciones que tiene de su cliente de tal forma que la observación se vea lo menos afectada posible por el subjetivismo

3.-Habilidad para reconducir al cliente que hace digresiones hacia el tema de la entrevista

4.-Habilidad para hacer una síntesis de lo que se ha dicho.

Planificación de la entrevista, antes de comenzar una entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible, por ejemplo el informe quirúrgico, la información sobre la enfermedad actual o bibliografía sobre el problema de salud del paciente. Si no cuenta con un formulario el personal de enfermería prepara una guía para la entrevista que le ayude a recordar temas y determinar que preguntas plantear.

Cada entrevista está influenciada por el momento, el lugar, la disposición de los asientos o la distancia y el lenguaje.

Momento.- Deben planificar las entrevistas con los pacientes cuando el paciente se sienta cómodo y sin dolor y cuando las interrupciones por amigos, familiares, y otros profesionales de la salud sean mínimas. La entrevista debe ser programada con el paciente en el momento que él elija.

Lugar.- Una sala bien iluminada y ventilada que este relativamente libre de ruido, movimientos y distracciones fomenta la comunicación. Además es deseable un lugar donde nadie pueda escuchar ni ver al paciente.

Disposición de los asientos.- Al estar de pie y mirar al paciente que está en la cama en una silla desde arriba, el profesional de enfermería intimida al paciente. Cuando un paciente está en la cama el profesional de enfermería puede sentarse en un ángulo de 45° hacia la cama. La posición es menos formal que permanecer de pie en la cama.

Distancia.- La distancia entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser demasiado grande ni demasiado pequeña, porque las personas se sienten incómodas cuando hablan con alguien que está demasiado cerca o lejos. La mayoría de las personas se sienten cómodas manteniendo una distancia de 60 a 90 cm durante una entrevista. Algunos pacientes requieren más o menos espacio, dependiendo de sus necesidades personales y culturales.

Lenguaje.- No comunicarse en un lenguaje que el paciente pueda reconocer es una forma de discriminación. El personal de enfermería debe convertir la terminología médica complicada en un lenguaje común, la traducción de los términos médicos es una habilidad especializada porque no todas las personas que dominan la forma conversacional de una lengua están familiarizadas con los términos anatómicos o sanitarios. (Phaneuf, 1993)

Fases de la entrevista.

La entrevista puede dividirse en distintas maneras, según el método de análisis que se aplique a su desarrollo, consideraremos que se divide en 4 fases distintas; a) la preparación del material, preparación organizativa que lleva a la

enfermera a acudir a distintas fuentes para recoger las informaciones previas, b) la introducción es el momento en que se pone en marcha la entrevista la enfermera se presenta y explica sus funciones y lo que pretende con el encuentro, c) el desarrollo o cuerpo de la entrevista que consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre la enfermera y el cliente; es el momento en que la enfermera escucha y observa atentamente a la persona a la que se dirige, d) la conclusión que lleva a la enfermera a finalizar la entrevista. En este momento puede dar las gracias al cliente por su colaboración charlar un poco informalmente con él y decirle si ya tiene las informaciones que necesita, si por alguna causa no termino la entrevista y requiere de entrevistarse de nuevo para completar los datos deberá notificárselo.⁹

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

1. **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).
2. **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
3. **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

⁹ Margot, Phaneuf. (1993) Cuidados de Enfermería, Un proceso centrado en las necesidades de la persona. pp 324-326.

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.

4. **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. (Kozier, 2008)

Las diferentes formas de abordar un examen físico son dos: Desde la cabeza a los pies, y por sistemas/aparatos corporales:

1.-**El método céfalo caudal** comienza con la exploración de la cabeza, progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen, las extremidades y termina en los dedos de los pies.

2.-**El método por sistemas corporales** investiga cada sistema de forma individual es decir, el sistema respiratorio, el sistema circulatorio, el sistema nervioso y así sucesivamente.

Durante la exploración física se debe valorar todas las partes del cuerpo y compara las observaciones hechas en cada lado del cuerpo.

También se puede realizar una exploración en un problema específico observado en la valoración de enfermería como incapacidad para orinar. En ocasiones el personal de enfermería puede considerar necesario resolver un síntoma o problema del paciente antes de completar la exploración.

Los datos obtenidos en la exploración física se miden frente a normas o modelos como ej. Guías de peso y talla, o las normas de temperatura corporal o de presión arterial. (Kozier, 2008).

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación es el acto de comprobar 2 veces o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. (Kozier, 2008)

La validación de los datos ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- * Asegura que la información de la valoración es completa
- * Asegura que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- * Obtiene información adicional que puede haberse pasado por alto.
- * Diferencias entre pistas e inferencias. Las **pistas** son los datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería, es decir lo que el paciente dice o lo que el profesional de enfermería puede ver, oír o percibir, oler o medir. Las **inferencias** son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basadas en las pistas.
- * Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

No hay que validar todos los datos; como regla el profesional de enfermería valida los datos cuando hay discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería (datos subjetivos y los de la exploración física)

Para construir una base de datos precisa los profesionales deben validar las suposiciones hechas respecto a la conducta física o emocional del paciente; no validar las suposiciones podría conducir a una valoración de enfermería imprecisa o incompleta y podría poner en peligro la seguridad del paciente. (Kozier, 2008).

ORGANIZACIÓN DE LOS 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.

Los componentes de la valoración del paciente que han sido seleccionados como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos 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. (Kozier, 2008)

1.2.2. ETAPA 2: DIAGNÓSTICO.

El **diagnóstico** 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. (Kozier, 2008)

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.) (Kozier, 2008)

Los pasos para la elaboración de diagnósticos 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.

-Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

∞ **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

1. Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
2. Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
3. Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
4. Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada

Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos. (Kozier, 2008)

∞ **Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:

1. Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
2. Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

∞ **Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

1. Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
2. Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
3. Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
4. Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
5. Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
6. Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
7. Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

8. Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

κ **Gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

1. Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
2. Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
3. Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
4. Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
5. Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
6. Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos. (Kozier, 2008)

COMPONENTES.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- **Etiqueta descriptiva o título:** ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- **Definición:** expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- **Características definitorias:** Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

4.-Factores etiológicos y contribuyentes o **factores de riesgo**: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- ▷ F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- ▷ F. de Tratamiento: Terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
- ▷ De medio ambiente: como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
- ▷ Personales: como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- ▷ F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS.

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

* **Real**: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene tres 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. 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. 1ra 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.

Podemos añadir un quinto tipo:

→ **De síndrome:** comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. (Kozier, 2008)

DIRECTRICES.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

1. Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
2. La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
3. Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
4. Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
5. Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
6. No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
7. No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
8. No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
9. No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
10. No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos (Kozier, 2008).

1.2.3. ETAPA 3: PLANEACIÓN.

La **planificación** es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas.

En la planeación, el personal de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicaciones con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

El producto final de la fase de planificación es un plan de asistencia del paciente, aunque la planificación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. (Kozier, 2008).

La planificación de los cuidados es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción.

Planificar cuidados significa *“establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar.”*

Ante todo, esta planificación debe determinar en forma precisa el objetivo que se persigue, es decir los objetivos de los cuidados, y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo.

Esta etapa, que se llama también “plan de intervenciones” o “plan de cuidados”, está compuesta de dos elementos: *los objetivos y las intervenciones*. (Phaneuf, 1993)

TIPOS DE PLANEACION.

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continua hasta que termina su relación con el profesional de enfermería, habitualmente cuando el paciente es dado de alta de la institución sanitaria.

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

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

- 1.-Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado.
- 2.-Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno.
- 3.-Decidir en qué problemas centrarse durante el turno.
- 4.-Coordinar las actividades de enfermería de manera que pueda abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente. (Kozier, 2008)

Planeación de alta. El proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia sanitaria completa y debe realizarse en el plan de asistencia de todos los pacientes. La planificación eficaz para el alta comienza en el primer contacto del

paciente e implica una valoración completa y continua del paciente para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente.

OBJETIVO.

Una vez que se haya priorizado los problemas que se va a tratar, se debe definir los objetivos que se propone con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- * Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- * Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a

preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

COMPONENTES DE LOS OBJETIVOS/RESULTADOS.

Los componentes del objetivo/resultados deseados deben tener los siguientes cuatro componentes:

1.- **Sujeto:** el sujeto, un nombre, es el paciente, cualquier parte de él o algún atributo del paciente, como su pulso o diuresis. El sujeto se omite a menudo en los objetos, se supone que el sujeto es el paciente a no ser que se indique otra cosa.

2.- **Verbo:** el verbo especifica las acciones que debe realizar el paciente. Debe usarse verbos que denoten conductas directamente observables, como administrar, mostrar o caminar.

3.- **Condiciones o modificadores:** las condiciones o modificadores pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales se muestra la conducta. Explican qué, dónde, cuándo o cómo.

4.- **Criterios de realización deseada:** El criterio indica el estándar con el que se evalúa la realización o el nivel en el cual el paciente realizará la conducta especificada. Estos criterios pueden especificar el tiempo o la velocidad, la precisión, la distancia y la calidad. Para establecer un criterio de consecución en el tiempo, el profesional de enfermería debe preguntar “¿cuánto tiempo?”. Para establecer un criterio de precisión, el profesional de enfermería pregunta “¿qué tal?” de forma análoga, el profesional de enfermería pregunta “¿hasta dónde?” y “¿cuál es el estándar esperado?” para establecer los criterios de distancia y calidad, respectivamente. (Kozier, 2008).

DIRECTRICES PARA ESCRIBIR LOS OBJETIVOS/RESULTADOS DESEADOS.

1.- Escribir los objetivos y resultados en términos de respuesta del paciente, **NO** de actividades de enfermería. Comenzar cada declaración de objetivos de las conductas del paciente y sus respuestas. Evitar declaraciones que comiencen

con *hacer capaz, facilitar, permitir, dejar* o verbos análogos seguidos de las palabras al paciente. Estos verbos indican lo que el profesional de enfermería espera conseguir, no lo que el paciente hará.

2.- Asegurarse de que los resultados deseados son realistas para las capacidades y limitaciones del paciente y para el tiempo designado, si se indica. Las limitaciones son recursos económicos, equipo, apoyo familiar, servicios sociales, condición física, mental y tiempo.

3.- Asegurarse de que los objetivos y resultados deseados son compatibles con los tratamientos de los otros profesionales.

4.- Asegurarse de que todos los objetivos derivan sólo de un diagnóstico de enfermería. Mantener la declaración del objetivo relacionada con un solo diagnóstico facilita la evaluación de la asistencia al asegurar que las intervenciones de enfermería planificadas están claramente relacionadas con el diagnóstico.

5.- Usar términos medibles y observables para los resultados. Evitar palabras que sean vagas y exijan una interpretación o juicio por parte del observador.

6.- Asegurarse de que el paciente considere los objetivos/resultados deseados importantes y valiosos para él.

Algunos pacientes pueden qué desean conseguir con respecto a su problema de salud; otros pueden desconocer todos los posibles resultados. El personal de enfermería debe escuchar activamente al paciente para determinar valores personales, objetivos y resultados deseados en relación con las preocupaciones actuales sobre la salud. Los pacientes suelen estar motivados y emplean la energía necesaria en alcanzar objetivos que consideran importantes. (Kozier, 2008).

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la

enfermedad.»¹⁰. Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

LOS OBJETIVOS Y EL TIEMPO.

Los objetivos de enfermería se describen en tiempo a:

1.- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

2.- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

3.- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

PROPÓSITO.

1. Proporcionar instrucciones para planificar las intervenciones de enfermería. Las ideas para las intervenciones llegan con más facilidad si los resultados deseados establecen claras y específicamente lo que el profesional de enfermería espera conseguir.

¹⁰ <http://www.wikipedia.com/procesodeatencióndeenfermería>.

2. Sirven de criterio para evaluar el progreso del paciente. Aunque elaborados en el paso de planificación del proceso de enfermería, los resultados deseados sirven de criterio para juzgar la eficacia de las intervenciones de enfermería y el progreso del paciente en el paso de evaluación.

3. Capacitan al paciente y al profesional de enfermería para determinar cuándo se ha resuelto el problema.

4. Ayudan a motivar al paciente y al profesional de enfermería al proporcionarle una sensación de logro. A medida que se cumple los objetivos, el paciente y el profesional de enfermería puede ver que sus esfuerzos han merecido la pena. Esto proporciona motivación para continuar siguiendo el plan, en especial cuando es necesario realizar cambios difíciles del estilo de vida.

Los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. Son útiles para pacientes que exigen asistencia sanitaria durante un periodo corto y para aquellos que se sienten frustrados por los objetivos a largo plazo que parecen difíciles de alcanzar y que necesitan la satisfacción de conseguir un objetivo a corto plazo.

En el marco de la asistencia de pacientes con procesos agudos, gran parte del tiempo del profesional de enfermería se dedica a las necesidades inmediatas del paciente, de manera que la mayoría de los objetivos es a corto plazo. Pero los pacientes en este marco también precisan objetivos a largo plazo que guíen la planificación de su alta a instituciones de estancias largas o una asistencia domiciliaria, en especial en el ambiente de la asistencia gestionada.

Los objetivos a corto largo plazo se usan a menudo en pacientes que viven en casa y tienen problemas de salud crónicos y en pacientes que viven en residencias, instituciones de estancias prolongadas y centros de rehabilitación.

La relación entre los objetivos / resultados deseados y los diagnósticos de enfermería: los objetivos derivan de los diagnósticos de enfermería del paciente, sobre todo de la etiqueta diagnóstica. La etiqueta diagnóstica contiene la respuesta morbosa; establece qué debería cambiar.

Para todos los diagnósticos de enfermería, el profesional de enfermería debe escribir el resultado o resultados deseados que, cuando se consiguen, demuestran directamente la resolución del problema.

ACTIVIDADES.

El producto final de la fase de planificación del proceso de enfermería es un plan formal o informal de asistencia.

Un **plan de asistencia de enfermería informal** es una estrategia para la acción que existe en la mente del profesional de enfermería, un **plan de asistencia de enfermería formal** es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre la asistencia del paciente.

Un **plan de asistencia estandarizado** es un plan formal que especifica la asistencia de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes. Un **plan de asistencia individualizado** se ajusta para cubrir las necesidades únicas de un paciente específico, necesidades que no resuelve un plan estandarizado. Cuando los profesionales de enfermería usan los diagnósticos de enfermería del paciente para crear objetivos e intervenciones de enfermería, el resultado es un plan integral e individualizado de asistencia que cubre las necesidades únicas del paciente.

Durante la fase de planificación, el profesional de enfermería debe; *decidir* qué necesidades del paciente necesitan planes individualizados y una asistencia habitual, y *escribir* resultados deseados individualizados e intervenciones de enfermería para los problemas del paciente que requieran atención de enfermería más allá de la asistencia habitual planificada previamente. (Kozier, 2008)

PRIORIDADES EN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

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 aún más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter Biofisiológicos, 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, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Las prioridades cambian a medida que lo hacen las respuestas, problemas y tratamiento del paciente.

El profesional de enfermería debe considerar varios factores cuando asigna prioridades, como:

1. *Los valores y creencias del paciente respecto a su salud.* Los valores referidos a la salud pueden ser más importantes para el profesional de enfermería que para el paciente. Cuando hay este tipo de diferencias de opinión, el paciente y la enfermera deben comentarlo abiertamente y resolver cualquier conflicto.
2. *Las prioridades del paciente.* Implicar al paciente es la priorización y planificación de la asistencia fomenta la cooperación. Pero a veces la percepción del paciente de lo que es importante entra en conflicto con el conocimiento del profesional de enfermería de los posibles problemas o complicaciones.

3. *Los recursos disponibles para el profesional de enfermería y el paciente.* Los recursos del paciente, como su capacidad económica o su capacidad para el afrontamiento, también puede influir en el establecimiento de prioridades. (Kozier, 2008)
4. *La urgencia del problema de salud.* Situaciones que afectan a la integridad del paciente, es decir aquellas que podrían tener un efecto negativo o destructivo sobre él, también tienen una prioridad alta.
5. *Plan de tratamiento médico.* Las prioridades para tratar los problemas de salud deben ser congruentes con el tratamiento de otros profesionales sanitarios.

1.2.4. ETAPA 4: EJECUCIÓN.

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. (Iyer., 1997)

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

- 1) Preparación.
- 2) Intervención.
- 3) Documentación.

ETAPA 1.- Preparación.

La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico:

1. Revisión de las intervenciones: antes de la prestación de la asistencia, revise el plan de cuidados. Esto le permitirá determinar si las intervenciones son suficientes para el cliente y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria. En caso de observar diferencias, tendrá la oportunidad de buscar la aclaración de intervenciones dudosas y de asegurarse que su trabajo no interfiere con el de otros profesionales.
2. Análisis de los conocimientos: después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, debe usted identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución.
3. Reconocimiento de las complicaciones potenciales: el inicio de determinados procedimientos de enfermería puede llevar consigo riesgos

potenciales para el cliente. Usted necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del cliente. Esto le permitirá poner en marcha enfoques preventivos que reduzcan el riesgo para el cliente.

4. Proporcionar los recursos necesarios: en el momento de prepararse para iniciar una intervención de enfermería, hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como el tiempo, el profesional y el material.
5. Preparación de un entorno adecuado y seguro: la ejecución con éxito de las intervenciones de enfermería exige un entorno en el que el cliente se sienta cómodo y seguro.

ETAPA 2.- Intervención.

El enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.

Generalmente la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a una de seis categorías:

- a. Refuerzo de las cualidades.
- b. Ayuda en las actividades de la vida diaria.
- c. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- d. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- e. Educación.
- f. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

ETAPA 3.- Documentación.

La ejecución de intervenciones debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería.

Hay cinco tipos principales de sistemas de conservación de registros utilizados en la documentación de la atención del cliente. (Iyer., 1997)

1. *Gráficas narrativas.* En este sistema, la información se registra cronológicamente en periodos de tiempo concretos. El registro clínico se divide en secciones según la fuente de los datos.

2. *Graficas orientadas hacia el problema.* (SOAP) El sistema de documentación orientado al problema paralelo al Proceso de Enfermería. Ambos incluyen la recogida de datos, la identificación de respuestas del cliente, el desarrollo y ejecución del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de objetivos. En este sistema, la información está enfocada en los problemas del cliente y es integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante. Esto facilita el registro multidisciplinar, utilizando la misma base de datos y notas de evaluación. Por tanto, los datos son más accesibles y estarán enfocados en las necesidades individuales del cliente. Tiene dos componentes principales: (1) *la lista de problemas* y (2) *las notas de evolución.*

3. *Las gráficas Focus.* Es un método de organizar la información según las notas del profesional de enfermería, que incluye tres componentes:

- a. El uso de un enfoque para designar la nota de evaluación de enfermería.
- b. La organización de la nota de evaluación en las categorías de datos, acciones y respuestas.
- c. Hojas de curso clínico para datos de documentación.

Las notas Focus se utilizan para:

- ✕ Ampliar los datos reunidos en una hoja de curso clínico para registrar un acontecimiento no habitual o inesperado.
- ✕ Documentar la respuesta del paciente a la atención o de enfermería o a la enseñanza.
- ✕ Documentar el plan de alta.
- ✕ Describir el estado del paciente en el momento del traslado de una unidad a otra en el momento del alta para describir de forma completa las necesidades del paciente. (Iyer., 1997)

4. *Las gráficas por excepción.* (GPE) es un sistema de documentación desarrollado por profesionales de enfermería en un intento por coordinar la gráfica y reducir la cantidad de tiempo gastado en la documentación.

Las hojas de curso clínico para las indicaciones de enfermería o médicas se utilizan para documentar los hallazgos de la valoración y las intervenciones de enfermería durante un periodo de 24 horas.

Las notas de evaluación de enfermería se describen en formas SOAP o SIPIER para documentar el plan de cuidados inicial y su revisión, así como también para la terminación de indicaciones que no pueden documentar con marcas de control, como las valoraciones psicosociales.

5. *Los registros computarizados.* Las notas de evaluación computarizadas se pueden documentar utilizando varios enfoques. Las notas de evaluación pueden estar estructuradas o ser abiertas. Los componentes de una nota de evaluación pueden ser frases simples o descripciones de atención más detalladas. Esto permite la documentación de los datos actuales al tiempo que se añaden nuevos hallazgos. (Iyer., 1997)

La ejecución es la fase del Proceso de Enfermería que consiste en la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería. El objetivo de la ejecución es conseguir los objetivos.

CARACTERISTICAS DE LAS INTERVENCIONES.

Asignación por tareas.

En la asignación por tareas, las responsabilidades de Enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles de profesionales de Enfermería. Todos los cuidadores participan en la atención del cliente, aunque cada individuo es asignado a una selección completa de funciones, como la monitorización de las constantes vitales, la administración de medicamentos o la prestación de tratamientos. Las funciones individuales son asignadas a diversos niveles de profesionales basándose en la complejidad de la tarea, incluyendo el conocimiento, las habilidades y la experiencia necesarias para llevarlas a cabo. (Iyer., 1997)

Equipos de Enfermería.

Es un sistema de prestación de cuidados de enfermería en el que un grupo de profesionales titulados universitarios y no universitarios que trabajan juntos para prestar cuidados de enfermería a algunos clientes. Se diseñó después de la Segunda guerra mundial para aliviar los problemas asociados a la asignación por tareas. Se utiliza a menudo en centros de intervención a enfermos crónicos y en el marco hospitalario. La intervención global al cliente es prestada por los miembros del equipo bajo la dirección de un miembro del profesional de Enfermería que será el coordinador de enfermería. Sin embargo, a menudo el tamaño y la composición de un equipo dependen del marco de prestación. Una unidad de enfermería se divide en dos o más equipos, según el número de camas y la distribución de la unidad.

El coordinador de enfermería es la persona fundamental en este modelo. Los jefes deben tener unos conocimientos y habilidades especiales, no solo en cuanto a procedimientos y técnicas de intervención con el cliente, sino también en cuanto a estrategias de tratamiento y toma de decisiones. El coordinador de enfermería tiene la autoridad y la responsabilidad de asignar la intervención de un grupo de clientes a los miembros del equipo. Estas designaciones se

basarán en las necesidades del cliente y en los conocimientos, habilidades y experiencia de los miembros del equipo. En muchos marcos de prestación, el coordinador de enfermería administra los medicamentos a un grupo de clientes. El resto de los profesionales del equipo de enfermería prestan cuidados directos a los clientes que les han sido asignados.

El éxito del enfoque en equipo dependerá de una comunicación eficaz. Este método se basa en el uso de asignaciones de la intervención de clientes por escrito, en el desarrollo y revisión oportunos de los planes de cuidados de enfermería, en la participación frecuentes en conferencias de intervención al cliente y en los informes y cambios de impresiones frecuentes entre los miembros del equipo. (Iyer., 1997)

Enfermería de Cuidados Básicos.

La enfermería de cuidados básicos es un sistema de prestación de cuidados que se desarrolló en la década de los 80's, en el que el profesional de enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o un grupo de clientes. El profesional de enfermería de cuidados básicos desarrolla el plan de cuidados y asegura que el plan de ejecuta durante las 24 horas del día. En ausencia del profesional de enfermería de cuidados básicos, la intervención del cliente se delega en otro profesional de enfermería, que sigue el plan de cuidados establecido según fue desarrollado por el profesional de enfermería de cuidados básicos. (Iyer., 1997)

La enfermería de cuidados básicos se puede utilizar en diversos marcos, incluidos los hospitales y las agencias de salud públicas. Los sistemas de enfermería de cuidados básicos subrayan:

- * La responsabilidad y autoría del profesional de Enfermería en el tratamiento de los cuidados.
- * La descentralización en la toma de decisiones, manteniéndose la autoridad en el profesional de enfermería de cuidados básicos.

- * La importancia de una valoración, un diagnóstico y una planificación completos.
- * La participación del cliente en la validación y el establecimiento de objetivos.
- * La necesidad de comunicación entre el profesional de enfermería de cuidados básicos y otro profesional de enfermería, miembros del equipo de atención sanitaria, los clientes y sus familias.
- * La preparación para el alta mediante la educación del cliente y de la familia, la identificación de los recursos disponibles y el envío a otros sistemas cuando sea necesario.
- * La continuidad de la intervención asignando al cliente al profesional de enfermería de cuidados básicos de forma constante.

En algunos marcos de prestación, el profesional de enfermería de cuidados básicos selecciona a sus propios clientes. Este profesional de enfermería presta intervención directa a una casuística, que no suele superar los seis clientes. El profesional de enfermería jefe actúa como coordinador de la unidad y es la persona a la que puede recurrir el profesional de enfermería de cuidados básicos. El profesional de enfermería de cuidados básicos planifica y presta la intervención, administra medicamentos y tratamientos, interacciona con el médico y otros profesionales sanitarios e informa sobre el estado del cliente. Los demás miembros de otros niveles del equipo, como el profesional de enfermería y los auxiliares de enfermería, ayudan al enfermero de cuidados básicos en la prestación de los cuidados. En ocasiones se utilizan charlas de educación para la salud, en las que participan profesionales de enfermería de cuidados básicos, así como también otros miembros del equipo de intervención sanitaria, para comentar problemas concretos de los clientes y para desarrollar estrategias dirigidas a resolverlos. (Iyer., 1997)

VARIACIONES DE LA ENFERMERÍA DE CUIDADOS BÁSICOS.

Atención total al paciente.

En la atención total al paciente, el profesional de enfermería asignado al cliente debe ser un titulado universitario. Por lo general, en los hospitales los auxiliares de enfermería no suelen tener clientes asignados, sino que prestan servicios tan útiles como responder a los timbres de llamada, ofrecer agua y aperitivos, transportar clientes y muestras, obtener material, hacer las camas y otras tareas. El profesional de enfermería al cliente administra los medicamentos, ayuda al cliente en las actividades de la vida diaria, se comunica con los demás miembros del equipo de atención sanitaria, realiza tratamientos y otros. En contraste con la enfermería de cuidados básicos, el profesional de enfermería que presta una atención integral al cliente suele ser siempre la misma persona. Este personal en concreto será el responsable de asegurar que el plan se ejecuta en el transcurso del turno, durante las 24 horas. La atención total al cliente incorpora los roles del profesional de enfermería de cuidados básicos y auxiliares de enfermería. (Iyer., 1997)

Enfermería modular.

En este sistema de prestación de cuidados, se ha intentado asignar al profesional de enfermería un grupo de clientes de un distrito o módulo. Un módulo está formado por clientes localizados en una misma sección de la unidad de enfermería, en habitaciones cercanas. Un miembro universitario de enfermería y auxiliares de enfermería están asignados de forma constante al mismo módulo y asisten a cualquier cliente interesado en una cama de ese módulo. El profesional de enfermería presta cuidados integrales a los individuos que están en el módulo, incluyendo la administración de medicamentos.

El resultado es una prestación de la intervención más eficaz. Este sistema no obliga a una responsabilidad durante 24 horas para la intervención del cliente, y se basa en la premisa de que existe suficiente cantidad de profesionales de enfermería a tiempo completo como para permitir una asignación constante al mismo módulo. (Iyer., 1997)

Control de casos.

Se desarrolló en los años 80's, a partir de la insistencia en acortar la duración de las estancias y en enfocarse en la consecución oportuna de los resultados del cliente y en la necesidad de mejorar la efectividad y eficacia de la prestación de la intervención sanitaria. El control de casos es la organización de la atención para conseguir resultados concretos del cliente dentro de un margen de tiempo compatible con la duración de la estancia diseñada por el diagnóstico del cliente. Algunos de los objetivos del control de casos son:

1. Facilitar la consecución de resultados del cliente esperados o estandarizados.
2. Facilitar el alta inmediata o dentro de una duración suficiente de la estancia.
3. Favorecer la utilización adecuada o reducida de recursos.
4. Favorecer el ejercicio en colaboración, la coordinación de la atención y la continuidad de la misma.
5. Favorecer el desarrollo profesional y la satisfacción del profesional de enfermería que trabaja en el medio hospitalario.
6. Dirigir las contribuciones de todos los prestadores de atención hacia la consecución de los resultados del paciente.

El profesional de enfermería utiliza dos tipos de herramientas en control de casos:

1. Un *plan de control de casos* que consiste en un plan global de cuidados que delimita los diagnósticos del cliente, los resultados esperados y las actuaciones. El plan es desarrollado en colaboración por el equipo de

enfermería y profesionales de la medicina e incluye al mismo tiempo actuaciones médicas y de enfermería.

2. La *vía crítica* o el *curso del resultado del paciente* consiste en un resumen de una página del plan de tratamiento del caso. Esto se conoce también como directrices o parámetros del ejercicio, directrices clínicas o protocolo. (Iyer., 1997) .

Atención enfocada a la persona.

A principios de los años 90's surgió un nuevo modelo de prestación, de atención enfocada al paciente. Definida en términos generales, la atención enfocada al paciente es el *“diseño de nuevo de la intervención del paciente de forma que los recursos y los profesionales del hospital se organicen alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados”* (Iyer., 1997)

Los principios de este modelo son:

1. Dotar a la unidad de enfermería de tantos servicios como sea posible para reducir al mínimo los desplazamientos del cliente para hacerse pruebas o ir a otros servicios.
2. Combinar profesionales de la enfermería con otros profesionales para que asuman nuevas responsabilidades.
3. Potencia la colaboración y comunicación entre todos los niveles dentro de la organización.
4. Aumenta la proporción de cuidadores directos del cliente, al tiempo que reduce el número de personas con las que éste tiene que interaccionar.
5. Diseña de nuevo descripciones del trabajo y elimina algunos de los departamentos del hospital.
6. A menudo se diseña de nuevo la unidad de enfermería, eliminando o reduciendo el tamaño del control del equipo de enfermería. Se pueden establecer subcontroles.

7. La intervención enfocada en el cliente estará regida por los principios y actividades del *control de casos*, incluidos los coordinadores de casos y las vías críticas. (Iyer., 1997)

1.2.5. ETAPA 5: EVALUACIÓN.

En las dos últimas décadas, la evaluación del cuidado de la salud ha cambiado de manos y de enfoque; estos cambios fueron estimulados por los intereses de los consumidores y del gobierno acerca de los costos crecientes y de los servicios inadecuados.

En forma tradicional, la enfermera era evaluada por sus supervisores; se juzgaba la destreza clínica, la organización, las dotes de mando, la independencia y la puntualidad. Estas evaluaciones no consideraban la eficacia del cuidado de enfermería ni la mejoría en el estado de salud del paciente. Conforme la responsabilidad de la evaluación fue distribuyéndose entre los profesionales del cuidado de la salud y entre los centros de salud, las enfermeras reconocieron la necesidad de cambiar su enfoque y mejorar sus métodos. En la actualidad, las enfermeras profesionales están estableciendo cánones de calidad y midiendo su capacidad para alcanzarlos. Esto abarca la evaluación del trabajo de enfermería tanto con pacientes particulares como en los centros de salud. La evaluación en los centros hospitalarios, por lo general, se denomina garantía de calidad y puede comprender auditorías con reglamentos estándares. (Griffith., 1993)

La evaluación es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y a otros miembros del equipo de la salud. Requiere el conocimiento de la salud, la fisiopatología y las estrategias de evaluación.

La evaluación es útil a varios propósitos. Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería. (Griffith., 1993)

FORMAS DE EVALUACIÓN.

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: *estructura, proceso y resultado*. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, *concurrente* (presente) y *retrospectiva* (pasada).

1.-ESTRUCTURA.

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud. Ejemplos de evaluación de la estructura son las auditorias de enfermería por parte de organizaciones específica. La mayor parte de los hospitales han establecido lineamientos para evaluar la estructura.

2.-PROCESO.

La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución. Esta forma de evaluación que se concentra en el hecho de que los procedimientos se realicen con propiedad, hace interrogaciones como: *¿la enfermera identifica al apaciente cuando le administra medicaciones?, ¿fue firmada la hoja de consentimiento antes de la cirugía?, ¿se explican los procedimientos al enfermo?* Los cánones para valorar la calidad del cuidado de enfermería han sido desarrollados pero requieren un refinamiento ulterior.

La *evaluación concurrente del proceso* examina el rendimiento de la enfermera en el momento en que tiene lugar. También pueden revisarse las hojas o gráficas de evolución para evidencias de las acciones de enfermería mientras que el paciente esté recibéndolas.

La *evaluación retrospectiva del proceso* es implementada después de que el paciente ha sido dado de alta, las acciones de enfermería son evaluadas después de este hecho. (Griffith., 1993)

3.-RESULTADO.

La evaluación del resultado se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención.

La *evaluación concurrente del resultado* juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento. La *evaluación retrospectiva del resultado* examina la gráfica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencian del progreso del paciente que resulta de la intervención de enfermería. (Griffith., 1993).

Cuadro 3.- FORMAS DE EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA.	PROCESO.	RESULTADO.
<p>Propósito.</p> <p>La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente.</p>	<p>La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso</p>	<p>La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería.</p>
<p>Instrumentos o medios.</p> <p>Forma de la Comisión de la junta sobre hospitales.</p>	<p>Escala de clasificación de competencia de enfermería.</p>	<p>Sistema Wisconsin. Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.</p>
<p>Auditorías</p>	<p>Escala de la calidad de cuidados de enfermería.</p>	
<p>Fuentes de datos.</p> <p>Manuales de procedimientos.</p>	<p><i>Concurrente.</i> La enfermera demuestra conocimientos y</p>	<p><i>Concurrente.</i> El paciente demuestra</p>

Enunciados de la política de institución. Descripción de posiciones. Planes de atención de enfermería.	rendimiento en sus habilidades. La gráfica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas.	nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.
Planes de orientación y programas en servicio. Nivel educativo del personal. Instalaciones y equipo disponibles. Gráficas y Kárdex.	<i>Retrospectivo.</i> La gráfica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.	<i>Retrospectivo.</i> La gráfica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.

Fuente: Griffith. Janet, Christensen Paula, (1993).Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos. Manual Moderno.

Cuadro 4.-Métodos de evaluación del proceso y el resultado.

Proceso. (evaluación de enfermería)	Resultado. (evaluación del paciente).
<p><i>Concurrente.</i></p> <p><u>Paciente:</u> Preguntar al paciente las acciones realizadas por la enfermera.</p> <p><u>Enfermería:</u> Observar a la enfermera al cuidar, enseñar y examinar al paciente</p> <p><u>Gráfica:</u> Examinar la gráfica o la hoja de evolución para documentar la acción, planes y evaluación apropiados mientras que el paciente recibe servicio.</p>	<p><u>Paciente:</u> Observar los cambios del paciente que siguen una dirección de mejoría en el estado de salud a través de conocimientos, destrezas o habilidades nuevos. Observar el estado fisiológico del paciente o los efectos psicosociales y las conductas en busca de signos de mejoría.</p>

<p><i>Retrospectivo:</i></p> <p><u>Examen de la gráfica:</u> Buscar los datos que documenten las acciones de enfermería, los antecedentes, los objetivos y las metas del paciente, los planes de enfermería, como los signos vitales, los medicamentos administrados y la enseñanza realizada, después de que el paciente ha sido dado de alta del servicio de salud.</p>	<p><u>Examen de la gráfica:</u> buscar los datos que documenten los cambios en el estado de salud del paciente, en sus conocimientos, habilidades o destrezas. Los cambios fisiológicos y las conductas psicológicas hacia una mejoría en la salud, también son evidencias apropiada, después de que el paciente haya sido dado de alta del servicio de salud.</p>
---	--

Fuente: Griffith. Janet, Christensen Paula, (1993).Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos. Manual Moderno.

NORMAS Y CÁNONES.

Los conceptos de normas y cánones con frecuencia se usan de manera indistinta en la evaluación, pero son diferentes. Las normas o criterios son cualidades, atributos o características medibles que especifican destrezas, conocimientos o estado de salud; describen los niveles aceptables de rendimiento al establecer las conductas esperadas de la enfermera o el paciente. (Griffith., 1993) Las categorías son:

1. Las *respuestas fisiológicas* del paciente, como temperatura normal, curación de las heridas, presión sanguínea dentro de límites normales o una respuesta apropiada a los estímulos.
2. El paciente demostrará una *destreza*, como caminar con muletas o administrar la insulina con precisión.
3. El nivel de *conocimientos* del paciente acerca de la enfermedad, incluyendo las medidas de tratamiento y los medicamentos.
4. El nivel del paciente de las *conductas adaptativas*, como la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria, el ejercicio o resolver su aflicción. (Griffith., 1993)

Los cánones o estándares representan niveles aceptables, esperados de rendimiento del personal de enfermería o de otros miembros del equipo de salud. Son establecidos por la autoridad, por la costumbre o por consenso general.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA EVALUACIÓN.

La evaluación es formativa y acumulativa. La *evaluación formativa* es progresiva, juzgando cada etapa en el plan conforme se realiza, para medir el progreso del paciente hacia el logro del objetivo; cuando el plan es implementado, la enfermera evalúa la respuesta del paciente para determinar la eficacia del plan o la necesidad de un cambio.

La *evaluación acumulativa* describe el progreso o la falta de progreso del paciente. Se escribe después de que se han realizado varios objetivos; en ocasiones los objetivos son inadecuados o los recursos no están disponibles y aunque los objetivos se hayan alcanzado, el paciente no ha logrado la meta. (Griffith., 1993)

LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN.

Los lineamientos describen las etapas o fases de la evaluación.

1.-Si los objetivos carecen de especificidad se dan normas para la evaluación: las normas para la evaluación son indicadores de las conductas esperados del paciente; se escriben del mismo modo que los objetivos, pero aclaran las conductas con mayor especificación. Cuando las normas se redactan, es importante recordar que son:

-Apropiadas al objetivo, la situación del paciente, sus capacidades y limitaciones y sus recursos.

-Observables y medibles, distinguiendo el rendimiento satisfactorio del no satisfactorio.

-Realistas y asequibles dentro del tiempo y los recursos disponibles.

-Pertinentes al dominio (cognoscitivo, psicomotor o afectivo) enunciado en el objetivo.

2.- La evaluación formativa describe si hasta qué grado el paciente y la enfermera han alcanzado los planes y objetivos enunciados: durante cada interacción, la enfermera observa y compara la conducta del paciente con las normas para los objetivos; la eficacia del plan está determinada por los cambios en la conducta del paciente.

3.- La evaluación acumulativa describe el progreso del paciente para lograr las metas o la carencia de progreso: la enfermera evalúa la respuesta del paciente en el logro de los objetivos y juzga si la conducta del paciente muestra progreso hacia la obtención de la meta.

4.- El plan de atención de enfermería indica revisiones si las metas y los objetivos no se han logrado de manera adecuada: la modificación de los planes, normas, objetivos o metas, es la última etapa en el proceso de evaluación. Algunas razones para modificar los planes son:

-Los planes no eran realistas en tiempo o recursos.

-Los planes sobreestiman o subestiman las capacidades del paciente.

-Se han hecho disponible un número mayor de datos, lo cual altera el problema o interés.

-Aparecieron problemas nuevos o se resolvieron problemas antiguos.

-Se dispone de nuevos recursos.

La enfermera determina las razones posibles por las cuales los planes, objetivos o metas eran ineficaces y entonces decide una nueva valoración del paciente o revisa el plan de cuidados. (Griffith., 1993).

1.3 PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson fue una enfermera teorizadora que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Publicó dos libros: *The Nature of Nursing* (1966). *The Principles of Nursing* (1955, revisó la sexta edición).

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas. Contempló la práctica de enfermería independiente de la medicina. Las personas podrían llegar a satisfacer sus necesidades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Cuando están enfermas o sanas, pero con las limitaciones citadas anteriormente, las enfermeras suplen a las personas, las refuerzan o trabajan en aumentar su voluntad o mejorar su conocimiento. Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

CONCEPTOS PRINCIPALES.

Enfermería. Henderson definió a la enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación(o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza. Voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolos de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible” (Henderson, 1966)

Independencia: Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de salud. (Luis Rodrigo, 1998)

Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, Llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades.

En el niño la independencia es alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra, por ejemplo es normal que un bebe de tres meses sea alimentado y cambiado de pañales por alguien. La misma acción sería muy anormal en un niño de 5 años. (Phaneuf, 1993)

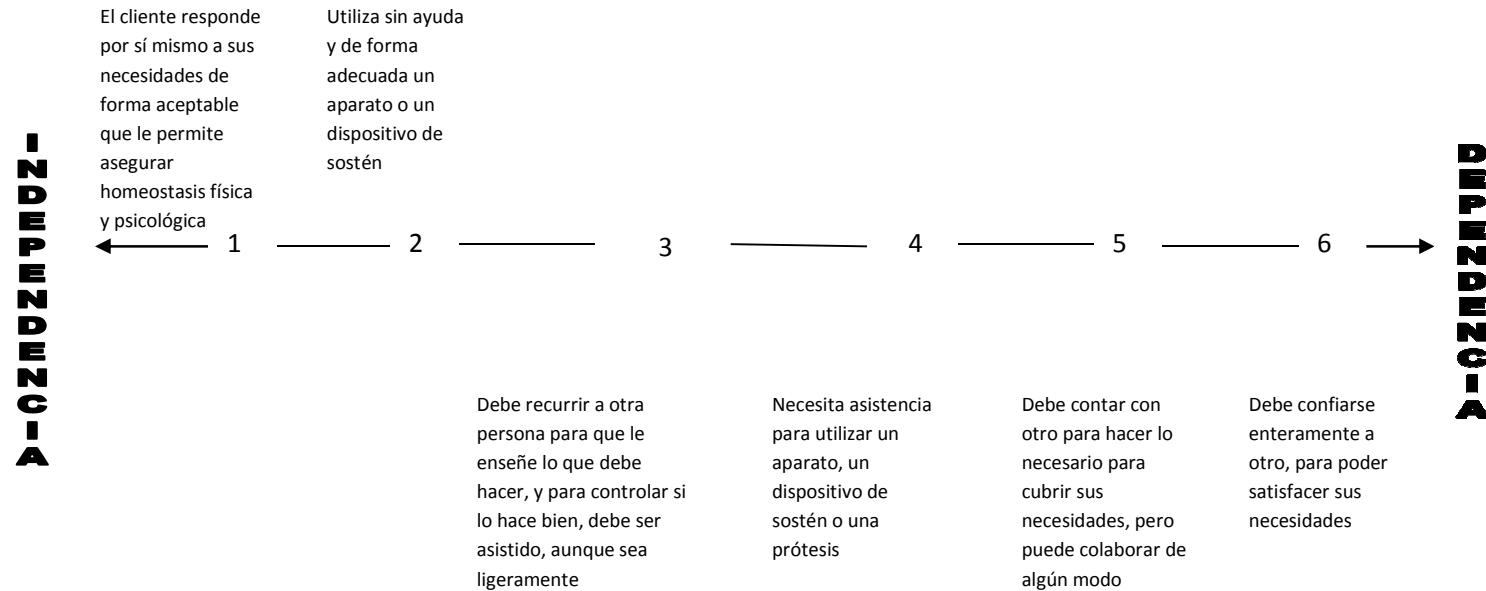
Dependencia: Es el desarrollo inadecuado e insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud. (Luis Rodrigo, 1998)

Puede ser considerada con dos vertientes; como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades y otra como actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o inadecuado, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas.

La dependencia en el niño es dada por la deficiencia en su capacidad de manifestar las necesidades que debe ser habitualmente satisfecha por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo por sí mismo. (Phaneuf, 1993)

GRAFICA 1.- GRAFICA CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA.

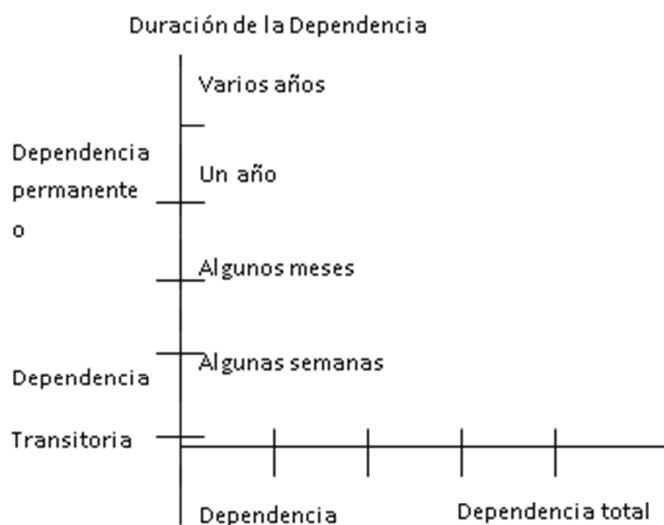


Fuente: Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. McGraw-Hill Interamericana.

La gráfica Continuum Independencia-Dependencia evalúa el nivel de satisfacción a un nivel aceptable para el cliente, donde expone los grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona conocida como independencia y un grado de carencia desencadenada conocida como dependencia, sin embargo puede darse un grado de insatisfacción sin colocar al cliente en dependencia. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no

puede hacer por sí mismo. La importancia de evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades es para evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya. (Phaneuf, 1993)

GRAFICA 2.- GRADO Y DURACIÓN DE LA DEPENDENCIA.



Fuente: Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.

La dependencia debe ser considerada no sólo en relación con la intensidad, sino también en relación con la duración, la cual puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. (Phaneuf, 1993)

Fuentes de dificultad: Las fuentes de dificultad son obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres tipos:

Falta de Fuerza: Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Falta de Conocimientos: Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de Voluntad: Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Se debe entender que FUERZA no es solo la capacidad física y mecánica del individuo, la presencia de alguna de estas fuerzas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, esto se debe evaluar para la planificación de las intervenciones de enfermería.

NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson en su concepto, de la necesidad no presenta el significado de carencia o problema, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituyen el elemento integrador de los aspectos psicológicos, biológicos, culturales, sociales, espirituales de una persona y que cada una de ellas son fundamentales para mantener la integridad del individuo.

Cada necesidad es un compuesto de todo los aspectos biológicos, fisiológicos, sociales, culturales y espirituales de la persona y las necesidades se interrelacionan entre sí de tal manera que configuran una unidad, por lo tanto se debe considerar a todas sin hacer omisión de alguna ya que esto sería una negación de la totalidad de la persona. Las diferencias personales para la satisfacción de estas necesidades básicas son determinadas por los aspectos biológicos, fisiológicos, sociales, culturales y espirituales, propios de cada persona, así como por las estrechas interrelaciones existentes entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación o alteración en una de ellas, daría una modificación o alteración en el resto de las necesidades.

1.3.1 Necesidad 1: Respirar normalmente.

La respiración es un proceso de intercambio molecular de oxígeno y bióxido de carbono en el sistema pulmonar en el que se captar oxígeno y se elimina gas carbónico (bióxido de carbono).

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: en el entra las características del individuo como la edad, alineación corporal, talla, nutrición e hidratación, sueño/reposo/ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular.

Psicológicos: Emociones (miedo, enojo, tristeza, alegría, etc.), ansiedad/estrés, inquietud, nerviosismo, angustia, etc.

Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), entorno físico próximo, entorno físico de la comunidad.

Debemos valorar los signos vitales, auscultar los campos pulmonares, movimientos torácicos, presencia de secreciones, tos, estado de las fosas nasales, presencia de datos de dificultad respiratoria, color de la piel y mucosas, la presencia de dolor que dificulte la respiración, estado de conciencia, calidad del medio ambiente. La enfermera: debe averiguar los hábitos del individuo y planificar las intervenciones. (Phaneuf, 1993)

1.3.2. Necesidad 2: Nutrición e Hidratación.

-Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Las características que influyen son la edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicios.

Psicológicos: Incluyen las emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida/bebida.

Socioculturales: Hace referencia a las influencias familiares, status socioeconómico, entorno físico próximo, entorno físico lejano, religión y trabajo.

La enfermera debe realizar una entrevista y observar los hábitos del individuo, cual es la planificación en la elección de su alimentación, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades, así como la enseñanza acerca de los alimentos y de la nutrición. (Phaneuf, 1993)

1.3.3. Necesidad 3: Eliminación.

La eliminación es mecanismo fisiológico e innato del organismo para deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Encierran datos correspondientes a la edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio.

Psicológicos: Involucran los relaciones con las emociones como la ansiedad el nivel de estrés y el estado de ánimo del individuo.

Socioculturales: Son los relacionados con la organización social, estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares, sociales y del clima.

La Enfermera debe averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los horarios de eliminación teniendo en cuenta las actividades del cliente; enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación. (Phaneuf, 1993)

1.3.4. Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada.

Es la capacidad innata y fisiológica del individuo de poder estar en movimiento y movilizar todas las partes su cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas que le permite la eficacia del funcionamiento del organismo así como para mantener una adecuada circulación sanguínea.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Constitución y capacidad física, en los que se toma en cuenta los niveles de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico.

Psicológicos: Emociones, tipo de personalidad y estado de ánimo.

Socioculturales: Las influencias familiares, hábitos, costumbres, valores, creencias, entorno físico, ejercicio, ocio, etc.

Es importante que la enfermera conozca las necesidades del individuo, para la planificación de un programa de ejercicios para él teniendo en cuenta su condición física; enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso; procurar que el individuo evite comidas copiosas, tabaquismo, sobrepeso. (Phaneuf, 1993)

1.3.5. Necesidad 5: Dormir y descansar.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Condicionados por la edad, ejercicio, alimentación e hidratación del individuo.

Psicológicos: Influidos por el estado emocional, el nivel de ansiedad, de estrés, estado de ánimo, y principalmente por hábitos y características de la persona.

Socioculturales: Incluyen las influencias familiares y sociales, tipo de trabajo y horario del mismo, entorno próximo, factores como el ruido, mobiliario, iluminación, colores, clima, altitud, creencias, valores y sobre todo el estilo de vida.

La Enfermera tiene que averiguar la cantidad-calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular. (Phaneuf, 1993)

1.3.6. Necesidad 6: Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

Todo individuo tiene la necesidad y el derecho de llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y mantener su homeostasis y que permita la libertad de sus movimientos.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Basados tomando en cuenta la edad, peso, el desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.

Psicológicos: La influencia de la emociones, personalidad, el estado de ánimo y muy importante el de la imagen corporal.

Sociocultural: Se debe tomar en cuenta las influencias familiares, status social, económica, trabajo, cultural, actitudes de reserva y pudor, creencias, religión, significado personal de la ropa, clima, medio rural/urbano.

Es importante que la enfermera averigüe los gustos y el significado de la ropa para el cliente; enseñanza del tipo de ropa requerido según el clima, las actividades, es también importante ser observadora para detectar posibles patologías del comportamiento. (Phaneuf, 1993)

1.3.7. Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Básicamente los manifestados por la edad, sexo, ejercicio, el tipo de alimentación, ritmos circadianos, son medibles por medio de un termómetro oscila entre 36°C a 37°C.

Psicológicos: Las emociones intensas como el miedo la ansiedad, emociones, disconfort, la irritabilidad y la apatía pueden producir alteraciones en la homeostasia corporal.

Socioculturales: Influye el entorno físico próximo como la casa, lugar de trabajo, habitación, el clima, temperatura, raza y status económico.

La enfermera recomendará al individuo:

a) con el calor: reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca.

b) con el frío: aumento de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, calefacción, ropa gruesa. (Phaneuf, 1993)

1.3.8. Necesidad 8: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones, estado del cabello, uñas, orejas, ojos, nariz, boca y mucosas, olor corporal determinadas según su edad, sexo, desarrollo, temperatura corporal.

Psicológicos: Influye las emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen y psicomotricidad.

Socioculturales: De acuerdo con la cultura, educación, modas, hábitos, clima, costumbres familiares.

El papel de la enfermera será el averiguar los hábitos higiénicos del paciente la planificación de hábitos higiénicos con el paciente; enseñanza de medidas de higiene e identificar las limitantes. (Phaneuf, 1993)

1.3.9. Necesidad 9: Evitar los peligros del entorno.

Es el instinto de toda persona para protegerse de toda agresión interna o externa, y así poder mantener su integridad física y psicológica.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Por la edad, etapa del desarrollo, mecanismos de defensa, fisiológicos como la termorregulación, el sistema inmunológico, además de la estabilidad psicomotora.

Psicológicos: Mecanismos de defensa, competencias personales, estrés, estabilidad psíquica, personalidad, emociones y diferentes estados de ánimo, autoconcepto, autoestima, falta de habilidades de afrontamiento.

Socioculturales: Sistemas de apoyo familiar, cultura, religión, rol social, estilo de vida, valores, educación, status socioeconómico, etc.

La enfermera mantiene un medio sano; se encarga de enseñar al individuo sobre: la prevención de accidentes, infecciones, enfermedades, a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones. (Phaneuf, 1993)

1.3.10. Necesidad 10: Comunicarse con los demás.

La comunicación es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Dependerá de la integridad de los órganos de los sentidos, integridad del sistema neuromuscular, edad y etapa del desarrollo.

Psicológicos: De acuerdo a la inteligencia, percepción, memoria, conciencia, carácter, personalidad, estado de ánimo, humos, autoconcepto, pensamiento.

Socioculturales: Interacciones con personas, entornos, cultura, nivel educativo, influencias familiares, socioculturales y profesión.

La función de la enfermera es averiguar las capacidades fisiológicas del individuo su forma de comunicación, cuales aptitudes tiene para facilitar su comunicación, enseñanza de medidas para mantener la integridad de los sentidos, medios de expresar sus emociones y sentimientos, etc. (Phaneuf, 1993)

1.3.11. Necesidad 11: Actuar de acuerdo con la propia fe.

Los factores que influyen son:

Biofisiológicos: Edad y etapa del desarrollo.

Psicológicos: Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad, pensamiento, inteligencia, percepción.

Socioculturales: Cultura, religión, sentido de la vida y la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia, influencias familiares y sociales.

La enfermera debe respetar la expresión del cliente de sus creencias y valores; planificación de actividades religiosas con el cliente; informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad u hospital si aplica. (Phaneuf, 1993)

1.3.12. Necesidad 12: Llevar a cabo actividades con un sentido de Autorrealización.

Son todas aquellas acciones que el individuo lleva a cabo y que le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

Los Factores que influyen son:

Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidad física.

Psicológicos: Emociones, personalidad, inteligencia y estado de ánimo.

Socioculturales: Hábitos de aprendizaje, valores, creencias, cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

1.3.13. Necesidad 13: Actuar en actividades recreativas.

Todo individuo por naturaleza tiene el instinto de divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

Los Factores que influyen son:

Biofisiológicos: Se basan de acuerdo con la edad, la etapa del desarrollo en la que se encuentre, su constitución física, capacidades físicas.

Psicológico: De acuerdo con la madurez personal, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad, humor de base, estado de ánimo y autoconcepto.

Socioculturales: Dependiendo de la cultura, rol social, influencias familiares, estructura de recursos y estilo de vida.

Es importante que se averigüe los gustos y los intereses del paciente para la planificación de actividades recreativas y de enseñanza de actividades recreativa. (Phaneuf, 1993)

1.3.14. Necesidad 14: Aprender.

Los Factores que influyen son:

Biofisiológicos: Se debe tomar en cuenta la edad, la etapa de desarrollo, la constitución física y capacidades físicas.

Psicológicos: Tomando en cuenta las emociones, la capacidad intelectual, la importancia de conocer, estado de ánimo, y el carácter.

Socioculturales: De acuerdo con la educación, el nivel socioeconómico, educación, raza, religión, creencias de salud, relacionadas con genero.

Es importante que la enfermera conozca las necesidades de aprendizaje del paciente, que elabore objetivos de aprendizaje con el paciente, que sepa motivar al paciente frente al aprendizaje, que oriente al paciente sobre los recursos que se tiene y saber cuáles medios tiene para aprender. (Phaneuf, 1993)

Entorno: Henderson no dio una definición propia de entorno. Acudió, en cambio, al *Webster's New Collegiate Dictionary* de 1961 "entorno es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo" (Henderson, 1966).

RELACIONES CON OTROS PROFESIONALES.

Relación enfermera – Médico: Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que "cuestionaba la filosofía de que los médicos den ordenes a los pacientes y a los empleados sanitarios". Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos. Así mismo, indicaba que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapan. (Henderson, 1966).

La enfermera como miembro del equipo sanitario: la enfermera trabaja de forma independiente con respeto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas "Ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada", "la enfermería no existe en un vacío. Debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando" (Henderson, 1966).

SUPUESTOS.

Los supuestos de Virginia Henderson se explican como *“cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud”*

Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más constantes cuando perdemos salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarlos lo más rápido posible. Cuando un individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

ENFERMERÍA:

- ☒ Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- ☒ Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- ☒ Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado.
- ☒ Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- ☒ Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- ☒ Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

PERSONA:

- ☒ Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- ☒ El cuerpo es fundamental para el funcionamiento humano.
- ☒ El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- ☒ El paciente y su familia constituyen una unidad.
- ☒ Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

SALUD:

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

ENTORNO:

- ∅ Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- ∅ Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- ∅ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- ∅ Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- ∅ Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- ∅ Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

POSTULADOS.

En los postulados que sostiene el modelo, se descubre el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta 14 necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. (Phaneuf, 1993)

- ♣ Todo ser humano tiende hacia la independencia y se esfuerza por lograrla.
- ♣ La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- ♣ Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”.

VALORES.

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y están precisados en su definición mencionada anteriormente. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple con su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. (Phaneuf, 1993)

- ♠ La enfermera tiene una función propia aunque comparta actividades con otros.
- ♠ Cuando la enfermera asume el papel del médico delega su función propia en personal no calificado.
- ♠ La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle.

AFIRMACIONES TEÓRICAS.

Se puede establecer tres niveles en la relación enfermera- paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independencia.

- 1) La enfermera como una *sustituta* del paciente.
- 2) La enfermera como una *auxiliar* del paciente.
- 3) La enfermera como una *compañera* del paciente.

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un “sustituto” de las carencias del paciente para ser ‘completo’, ‘íntegro’, o ‘independiente’ debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia, afirmó que “independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma”.

1.4 ASPECTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

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. Esta 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.

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.

Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanan las directrices que le permitirán actuar hacia el bien común, proporcionándole paz , armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad. Así resulta que la moral no es restricción, limitación o prohibición, sino más bien afirmación, elevación, expansión y planificación. (Salud, Diciembre 2001)

Ser humanistas es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser ajeno... *es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana.*¹¹

¹¹ Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. pp 7

CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS EN MÉXICO.

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS ÈTICOS.

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

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.

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.

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.

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

PRIVACIDAD.- el fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que indirectamente se obliga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

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.

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.- 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.

TOLERANCIA.- 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.

TERAPEUTICO DE TOTALIDAD.- 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.

DOBLE EFECTO.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

DECÁLOGO DE ENFERMERÍA.

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado es un soporte documental de un proceso de comunicación que debe ser gradual y continuo, y que delimita el campo dentro del cual se puede desenvolver lícitamente la atención centrada en los valores, creencias y expectativas del paciente.

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 se debe obtener del paciente competente mayor de edad o de los padres o tutores en el caso de menores o de representantes legales o subrogados en el caso de personas no competentes, bajo la protección del Estado. Son excepciones: *"riesgo a la salud pública y urgencia vital"* dándose preeminencia al valor vida sobre el valor libertad. En el caso de niños abusados por sus padres, este derecho es custodiado por la ley a través de la designación de un tutor que represente los derechos del niño.

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.
3. El personal de salud debe verificar que el paciente haya comprendido la información que se le proporcionó.
4. 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.
 1. Conocer las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad.
 2. Ser asesorado y que se le otorgue más información cuando la solicite.
 3. 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.
 4. Que se dé 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 tratamientos 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 personal de salud, 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 personal de salud 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 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", con fines de presentación o publicación; para cubrirse de posibles quejas o demandas (medicina defensiva) o con propósitos comerciales (económicos).
4. 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.
5. 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.

6. 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.
7. 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:

- I. 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.
- II. La realización de una intervención quirúrgica.
- III. La práctica de cualquier procedimiento con fines de control de la fertilidad, particularmente si son definitivos.
- IV. La participación en protocolos de investigación.
- V. La realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo de producir secuelas, discapacidades o complicaciones.
- VI. La práctica de procedimientos invasivos.
- VII. El compromiso del paciente de cumplir con las normas hospitalarias.
- VIII. Procedimientos que produzcan dolor no justificado o sufrimiento moral.

- IX. En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente haya expresado lo contrario.
- X. 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 por 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 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 consciente 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.

OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN NIÑOS.

El proceso de obtención del consentimiento informado en los niños depende de variables relacionadas con el desarrollo psicológico, social y neurológico del menor de edad.

La adquisición de la competencia está asociada con la capacidad de integración cognitiva y la incorporación de experiencias.

Jean Piaget describe el desarrollo cognoscitivo del niño en un orden determinado que incluye cuatro etapas:

- * Etapa sensorio-motora: de los cero a los dos años, empieza a hacer uso de la imitación, la memoria y el pensamiento, reconoce objetos, pasa de acciones reflejas a actividad dirigida por metas.
- * Etapa preoperacional: de los dos a los siete años, comienza gradualmente a hacer uso del lenguaje y la capacidad de pensar de forma simbólica. Piensa lógicamente en operaciones unidireccionales. Le resulta difícil pensar desde el punto de vista de otra persona.
- * Etapa de las operaciones concretas: de los siete a los once años, es capaz de resolver problemas concretos de manera lógica. Entiende las leyes de la conservación, realiza clasificaciones. Entiende la reversibilidad. Hacia los siete u ocho años de edad dejará de actuar impulsivamente ante nuevos acontecimientos o de creer cualquier relato iniciando el proceso de reflexión y se detiene a pensar antes de actuar.
- * Etapa de las operaciones formales: de los once a la adultez: es capaz de resolver problemas abstractos de manera lógica, el pensamiento se hace más científico, desarrolla interés por temas sociales.

Según Piaget, los niños logran identificarse con el principio de equidad alrededor de los diez años y logran plena identificación de los derechos individuales y los principios éticos universales alrededor de los 14 años. Se considera que a partir de ahí la moralidad cambia poco, aunque depende de muchas variables culturales que siga formándose posteriormente.

En la mayoría de las legislaciones de los países ya se reconoce que la edad no es la medida óptima de la capacidad mental y se estimula a los pediatras a considerar la capacidad de decisión en niños mayores y adolescentes, relacionada con la madurez que cognitiva y psicológicamente se alcanza alrededor de los 14 años.

La Academia Americana de Pediatría plantea los siguientes lineamientos respecto de la participación de los menores en la toma de decisiones:

- * De los 2 a 3 años: se le puede preguntar al niño si desea ser explorado en la mesa de examen o en el regazo de la madre.
- * De los 4 a los 5 años: se sugiere dirigir al menor las preguntas sobre su padecimiento.
- * De los 6 a los 8 años: se les debe incluir en las explicaciones sobre el problema de salud que les aqueja y del tratamiento, así como entregarles la fórmula de medicamentos para facilitar la adherencia al tratamiento.
- * En los adolescentes, una parte de la consulta se puede efectuar sin la presencia de los padres.

DERECHO DE LOS NIÑOS.

1. Los niños tienen derecho a la vida.
2. Los niños tienen derecho al juego.
3. Los niños tienen derecho a la libertad.
4. Los niños tienen derecho a dar a conocer sus opiniones y manifestar sus ideas.
5. Los niños tienen derecho a una familia.
6. Los niños tienen derecho a la protección durante los conflictos armados.
7. Los niños tienen derecho a la libertad de conciencia.
8. Los niños tienen derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.
9. Los niños tienen derecho a la protección contra el trabajo infantil.
10. Los niños tienen derecho a la información adecuada.
11. Los niños tienen derecho a la protección contra la trata y el secuestro.
12. Los niños tienen derecho a conocer y disfrutar de nuestra cultura.
13. Los niños tienen derecho a la protección contra las minas terrestres.
14. Los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación.

15. Los niños tienen derecho a crecer en una familia que les dé afecto y amor.
16. Los niños tienen derecho a un nombre y una nacionalidad.
17. Los niños tienen derecho a la alimentación y la nutrición.
18. Los niños tienen derecho a vivir en armonía.
19. Los niños tienen derecho a la diversión.
20. Los niños tienen derecho a la libertad.
21. Los niños tienen derecho a la paz mundial.
22. Los niños tienen derecho a la salud.
23. Los niños tienen derecho a no ser discriminados por sexo, credo, etnia o ideología.¹²

DERECHO DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS.

- 1-Los niños serán internados en el Hospital sólo si el cuidado que requieren no puede ser igualmente provisto en su hogar o en un tratamiento ambulatorio.
- 2-Los niños en el hospital tienen el derecho de estar junto a sus padres o a un sustituto de los padres, todo el tiempo que permanezcan internados.
- 3-Los padres deben ser ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos, y deben ser informados acerca de la rutina de la sala.
- 4-Los niños y sus padres deben tener el derecho de estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.
- 5-Deben ser tomadas todas las precauciones posibles para evitar en los niños el stress físico y emocional.
- 6-Los niños y sus padres tienen derecho a la participación informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.
- 7-Cada niño debe ser protegido del dolor, de tratamientos y procedimientos innecesarios.

¹² www.answers.com

8-En caso de ser invitados a participar en ensayos clínicos o pruebas, los padres deben ser informados detalladamente sobre el procedimiento y, una vez comprendido, deberán autorizarlo por escrito (consentimiento informado).

Si el niño tiene capacidad de comprensión, deberá decidir por sí mismo si quiere participar de dichas pruebas.

9-El niño tiene derecho a compartir su internación con otros niños que tengan las mismas necesidades de desarrollo y, salvo en casos de necesidad extrema, no deben ser internados en sala de adultos.

10-Los niños deben tener oportunidad de jugar, recrearse y educarse de acuerdo con su edad y condiciones de salud y posibilidades del hospital.¹³

¹³ Zamudio, Teodora. Cuestiones Jurídicas y bioética entorno a la Muerte.

1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA.

DESARROLLO DEL APARATO GENITAL.

El sexo cromosómico y genético se establece en la fecundación y depende de que un espermatozoo que lleva X o Y fecunde un ovulo que lleva X. El tipo de gónadas que se desarrolla es determinado por el complejo cromosómico sexual (XY o XX), el desarrollo del fenotipo masculino requiere un cromosoma Y, para el desarrollo del fenotipo femenino se requieren dos cromosomas X. (Moore, 1999.)

La diferenciación sexual es un proceso complejo en el que intervienen muchos genes, la clave del dimorfismo es el cromosoma Y, que contiene el **gen SRY** sobre su brazo corto. El producto proteico de este gen es un factor de transcripción que inicia una cascada de genes corriente abajo que determinan el destino de los órganos sexuales rudimentarios. (Langman., 2002)

DESARROLLO DE CONDUCTOS GENITALES MASCULINOS Y GLANDULAS

Los embriones tanto masculinos como femeninos tienen inicialmente dos pares de conductos genitales: los **conductos mesonéfricos** y los **conductos paramesonéfricos**. (Langman., 2002). La vía regulatoria para la determinación del sexo masculino es controlada específicamente por el gen Yp11, el cual es un factor de transcripción que induce la expresión de genes. (Langman., 2002)

Las células de *Sertoli* de los testículos fetales producen una *hormona masculinizante (testosterona)* y una *sustancia inhibidora mülleriana (SIM)*. Las células de Sertoli producen SIM desde las seis a siete semanas y las células intersticiales de *Leidig* comienzan a producir testosterona en la octava semana. La testosterona estimula los conductos mesonéfricos para formar los conductos genitales masculinos; mientras tanto, SIM hace que desaparezcan los conductos paramesonéfricos por transformación epitelial-mesenquimatosa. A medida que se degenera el mesonefros, persisten algunos túbulos mesonéfricos cerca del testículo y se transforman en *conductillos eferentes* que desembocan en el conducto mesonéfricos, el cual se diferencia en el *conducto*

epidídimo en esta región. Distal al epidídimo, el conducto mesonéfrico adquiere un recubrimiento grueso de músculo liso y se transforma en *conducto deferente*. Una invaginación lateral del extremo caudal de cada conducto mesonéfrico origina la *vesícula seminal*. Este par de glándulas produce una secreción que nutre los espermatozoo. La parte del conducto mesonéfrico que media entre el conducto de esta glándula y la uretra se transforma en el **conducto eyaculador**.

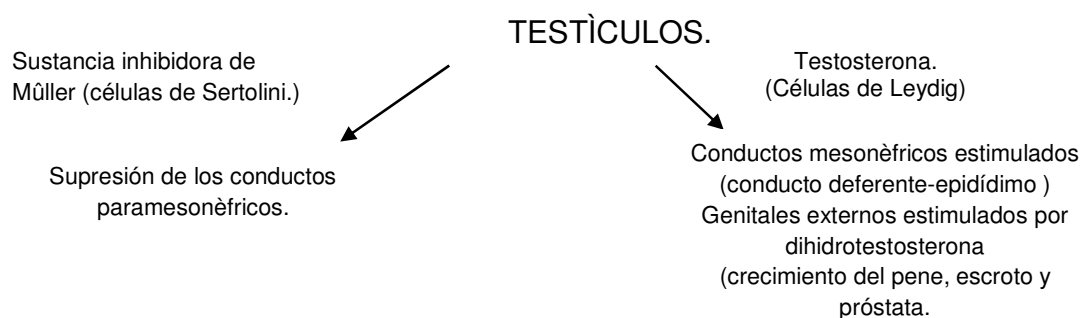


Figura 1. Influencia de las glándulas sexuales sobre la futura diferenciación sexual.¹⁴

DESARROLLO DE GENITALES EXTERNOS.

Hasta la séptima semana del desarrollo los genitales externos son similares en ambos sexos. Las características sexuales diferenciales comienzan a aparecer durante la novena semana; sin embargo los genitales externos se diferencian plenamente a las 12 semanas. De la cuarta a la parte inicial de la séptima semana los genitales externos son sexualmente indiferenciados. Al inicio de la cuarta semana el mesénquima en proliferación produce en ambos sexos un **tubérculo genital** en el extremo craneal de la membrana cloacal. A cada lado de la misma pronto se desarrollan *tumefacciones labioscrotales* (tumefacciones genitales) y *pliegues urogenitales* (pliegues uretrales). Con rapidez, el tubérculo genital se alarga para formar el **falo**. Cuando el tabique uorrectal se fusiona con la membrana cloacal al final de la sexta semana, la membrana cloacal se divide en una membrana anal dorsal y una membrana urogenital ventral. La **membrana urogenital** se encuentra en el piso de la hendidura media, el **surco urogenital**, limitado por los pliegues urogenitales. Las membranas anal y urogenital se

¹⁴ T.W. Sadler. (2002). Langman Embriología Médica con orientación clínica. pp 316

rompen alrededor de una semana después, lo que forma el **ano** y el **orificio urogenital**, respectivamente.

La masculinización de los genitales externos indiferenciados se induce por la testosterona que producen los testículos fetales. A medida que el falo crece y se alarga para transformarse en pene, los pliegues urogenitales forman las paredes laterales del **surco uretral** en la superficie ventral del pene. Este surco es revestido por una proliferación de células endodérmicas denominada **placa uretral** que se extiende desde la porción fálica del seno urogenital. Los **pliegues urogenitales** se fusionan entre sí a lo largo de la superficie ventral del pene para formar la *uretra esponjosa*. El ectodermo superficial se fusiona en el plano medio del pene para formar el **rafe peneal** y encierra la uretra esponjosa dentro del pene. En la punta del glande del pene, una invaginación ectodérmica forma un cordón celular, **placa glandular (uretral)**, esta placa se canaliza y se une a la uretra esponjosa lo que completa la parte terminal de la uretra y lleva el orificio uretral externo hasta la punta del glande del pene. Las tumefacciones labioscrotales crecen una hacia la otra y se fusionan para formar el escroto. (Moore, 1999.)

SINDROME CONGENITO ASOCIADO A AFALIA.

La **Afalia** congénita resulta de una falla en el desarrollo del tubérculo genital. Se ha considerado una forma extremadamente rara de genitales ambiguos.

Descrita inicialmente por Imminger en 1853, hasta el momento hay aproximadamente 80 casos publicados. Se estima que presenta incidencia de uno de cada 10 a 30 millones de nacidos vivos.

Es una entidad extremadamente rara. Clínicamente hay escroto bien desarrollado, testículos descendidos y ausencia peniana. El tubérculo genital se fusiona para formar la uretra internamente y el pene con su rafe medio externamente.

La agenesia peniana se da por una formación deficiente o una falla en el desarrollo del tubérculo genital en la cuarta semana de gestación.¹⁵

La uretra emerge adyacente al ano y en otros casos dentro del recto; los pacientes deben ser evaluados genéticamente al nacimiento y hacer búsqueda de malformaciones asociadas; es importante proponer una reasignación de sexo temprana.

En la mayoría de los casos el meato uretral se encuentra en algún sitio en la región perineal o formando una fístula al tracto gastrointestinal, generalmente hacia el recto.

Skoog y Belman (1989) revisaron 60 casos de afalia y definieron tres variantes basados en la posición de la uretra y su relación con el esfínter anal: *pos-esfintéricas*, *pre-esfintéricas* (fístula próstato-rectal) y *atresia uretral*.

¹⁵ Santana Ríos, Zael. et al (2011) Afalia congénita; manejo con avance uretral. Revista Mexicana de Urología 71(4):239-243.

En general entre más proximal esté el meato, se asocia a mayor mortalidad y más malformaciones asociadas como son la criptorquidia, reflujo vesico-ureteral, riñón en herradura, agenesia renal, ano imperforado, anomalías musculoesqueléticas o cardiopulmonares.

Por lo menos 60% de los pacientes tienen un meato pos-esfintérico localizado a nivel del margen anal. De los pacientes, 28% tienen meato pre-esfintérico con una comunicación uretral, ya sean fístulas prostato-rectales, vesico-rectales o atresia rectal. En los casos de fístulas vesico-rectales y atresia uretral (12%), la mortalidad se acerca a 100%.

DIAGNÓSTICO.

Los niños con esta malformación deben ser evaluados inmediatamente al nacimiento con cariotipo y otros estudios para determinar si existen malformaciones asociadas ya sea en el tracto urinario o en otros aparatos y sistemas.

TRATAMIENTO.

Los objetivos esenciales del tratamiento son la asignación de sexo temprana, corrección de la uropatía obstructiva, de preferencia en el mismo tiempo quirúrgico y obtener resultados para la función sexual a largo plazo.

2. METODOLOGIA.

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Sofía Isabel López Cázares femenina de 8 meses hospitalizada en el servicio de pediatría, con diagnóstico médico de síndrome dismórfico, translocación 7:22, desnutrición, marasmo, PO colostomía, imperforación anal, perforación gástrica, agenesia de vejiga, fístula uretro-rectal, ausencia de uretra, acidosis tubular renal, infección de vías urinarias (IVU), candidiasis oral, presencia de foramen oval, persistencia del conducto arterial pequeño, e hipotiroidismo, hija de madre de 29 años aparentemente sana dedicada al hogar, papá de 29 años aparentemente sano de oficio artesano, niegan consanguinidad, alcoholismo, tabaquismo. El padre es el proveedor económico con un ingreso aproximado de 700 pesos a la semana, habitan casa propia tipo urbana en el Rancho Las Cabras, municipio de San Miguel de Allende Guanajuato, cuenta con luz, agua potable, fosa séptica, es casa de un solo piso donde solo habita los padres y Sofía; cuenta con un pequeño jardín, ventanas con cristal y puerta de metal, tienen un perro.

Es conocida en el hospital desde los 7 días de nacida proveniente del Hospital de San Miguel de Allende, donde nace (29 de marzo 2011) de 37 SDG, al nacimiento con diagnóstico de malformación ano-rectal, genitales ambiguos e íleo paralítico, se realiza colostomía al segundo día de nacida (31 marzo 2011) donde no se encontró vejiga, se realiza una nueva LAPE el 04 abril 2011 por encontrarse salida de heces por herida quirúrgica donde se encontró un solo riñón en el lado izquierdo y una sola arteria umbilical. Es trasladada al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío el 05 abril del 2011 para su diagnóstico y tratamiento, se mantiene en ayuno por 2 meses con apoyo de nutrición parenteral total (NPT), inicio con la vía oral con apoyo de sonda orogástrica (SOG) por falta de reflejo de succión y deglución. A los 3 meses inicia la succión, es dada de alta en regulares condiciones generales.

El 22 de junio 2011 reingresa para realizarse una cirugía por parte de urología para retirar el único testículo de lado derecho, se prolongó su hospitalización por un mes y medio debido a la pérdida de peso se le coloca nuevamente una sonda orogástrica (SOG), presentó anemia, acidosis metabólica, intolerancia a la proteína de la leche, infección nosocomial por *Candida albicans* y neumonía, fue dada de alta en mejores condiciones generales, reingresa el pasado 18 de noviembre por diarrea, vómito, desnutrición marasmica e insuficiencia respiratoria y choque mixto se documentan dos paros cardiorespiratorios motivo por el cual baja a terapia pediátrica fue necesario intubarla por 6 días posterior se retira cánula endotraqueal, mantiene saturación de oxígeno dentro de parámetros normales con apoyo de oxígeno en casco cefálico, se mantiene con apoyo de NPT y alimentación por SOG con evolución lenta debido a la poca ganancia de peso y no ser encontrado el foco infeccioso además de la presencia de neumonía nosocomial.

Debido a lo interesante de su patología y por lo raro de su síndrome fue que en diciembre de ese mismo año decidí tomar su caso para mi estudio además tuve una amistad estrecha con sus padres y le tome cariño desde la primer hospitalización de la paciente.

En su hábitus externo; femenina de 8 meses de edad aparente menor a la cronológica, con facies tranquila, atenta, activa, reactiva, poco sonriente, con movimientos pasivos débiles de brazos y piernas con tono muscular de 3/5, sin cambios posturales por sí misma con ayuda de su familiar y de algunas sabanas, encontrándose dentro del percentil -3 para peso/edad, en percentil 3 para peso/longitud, en percentil -3 para longitud/edad, con una hemoglobina de 10.5 por laboratorio, emocionalmente irritable al tacto y difícil consuelo.

ANALISIS DE NECESIDADES.

NECESIDADES EN DEPENDENCIA.

1.-Necesidad de Oxigenación. Sofía cuenta con un historial previo de neumonías y padecimientos respiratorios durante toda su vida, en la actual hospitalización se ingresó debido a una neumonía que le ocasionó un deterioro rápido siendo necesario intubarla por seis días. Durante mi revisión la encuentro ya extubada con apoyo ventilatorio en fase II con casco cefálico con aporte de oxígeno humidificado al 40% a 3 l^x con dificultad respiratoria marcada, retracción xifoidea, y aleteo nasal con una saturación de 96% y de 85% al medio ambiente. Se auscultan estertores gruesos en ambas bases pulmonares, presenta una tos débil poco efectiva, es necesario aspirarla una vez por turno, características hialinas, con un Silverman de 7. FC:106 x', FR: 34 x', TA: 83/47, Temp. 36°C.

2.-Necesidad de alimentación adecuada. Sofía es intolerante a la proteína de la leche, durante toda su vida ha tenido episodios de diarrea. Al realizarle la valoración física la encuentro en percentil -3 para peso, en percentil 3 para peso/longitud, en percentil -3 para longitud/edad, tiene presente el reflejo de deglución y succión, no se le permite la alimentación por succión debido a que gasta más energía al succionar y pierde más peso es alimentada con una sonda orogástrica en infusión continua de hidrolizado de proteína a 80ml/kg/día aportando 26 kcal por onza, se encuentra con diagnóstico médico de desnutrición tipo marasmo. Talla 59.3, Peso 3,112g.

3.-Necesidad de eliminación. Sofía nació con ano imperforado, se le realizó una colostomía a los pocos días de nacida, tiene su colostomía funcional con gasto fecal diarreico color verdoso fétido y con déficit del esfínter (profusión), tiene una fistula uretro-rectal cursa con infección urinaria en repetidas ocasiones por Candida albicans, presenta uresis turbia con sonda Foley en escasa cantidad. EGO patológico con

presencia de 500 leucos, sangre y levaduras, coprológico compatible con disentería moco y sangre.

5.-Necesidad de sueño y reposo. Físicamente se encuentra con datos de cansancio, no tiene sueño reparador constantemente está a la expectativa de todas las personas que se le acercan, no tiene sueño profundo durante el día debido a los ruidos del ambiente y una manipulación constante de los miembros de salud, por las noches descansa un poco más pero su sueño es muy lábil y fácilmente se despierta, toma una siesta en la mañana de dos horas pero solo 40- 50 min son de sueño profundo y se despierta más irritable.

4.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura. Sofía tiene una fuerza muscular de 3/5, y de acuerdo a la escala de Denver tiene un desarrollo psicomotor de un niño de 3 meses de edad, es totalmente incapaz de cambiar por si misma de posición, no sostiene su cabeza, es incapaz de sostener peso en sus piernas ni brazos, tiene presente el reflejo pinza pero no tiene la fuerza para vencer la gravedad.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas. Sofía cuenta en su unidad con juguetes llamativos, musicales y luminosos, pero no se interesa por ninguno no se sabe la causa del porque no le agradan los juguetes los padres suponen que puede ser por cansancio o fastidio de estar ya tanto tiempo hospitalizada, no les presta atención, la irritan más, sus papás constantemente le están hablando o cantándole pero se fastidia rápidamente, no tolera se le estimule con ningún juguete y llora cuando se le insiste en jugar con él, lo que la distrae un poco pero no se le permite jugar es con las extensiones de los equipos de venoclisis y se le da una jeringa la cual sujeta y juega más tiempo.

10.-Necesidad de comunicación. Al momento de aplicar la escala de Denver encuentra con retraso debido a que no balbucea, aún tiene llanto de bebé pequeño, no tiene sonrisa social, se pretende iniciar con estimulación temprana pero se ha retrasado ya que todo estímulo le provoca pérdida de peso, se trabaja únicamente con ella por parte de rehabilitación enseñanza al cuidador principal masajes relajantes y estimulación oral para que despegue la lengua del paladar superior para posterior sea más fácil enseñarle hablar, su única forma para comunicarse es con llanto muy irritable, de muy difícil consuelo, es evidente que entiende por su nombre porque voltea cuando se le habla por Sofía, reconoce las voces de sus padres y de algunas enfermeras con las que mantiene mayor contacto.

11.-Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias. En su termocuna sus padres le tienen imágenes religiosas y siempre que cambian turno para cuidarla la persignan, al lado de su cuna le reza (madre) por la salud de su hija, por las mañanas la mamá reza con las manos cruzadas de Sofía, la paciente fue bautizada al segundo día de nacida debido al estado de salud inestable en el que nació. Se encuentra con riesgo de actuar de acuerdo a su sexualidad debido a la reasignación de sexo que se le hizo a femenino y por la sustitución de hormonas que por el momento no se ha podido iniciar, debido a que por su peso tan bajo y su grado de desnutrición no se puede meter a quirófano para poder realizarle la reconstrucción de los órganos sexuales y por su edad tan pequeña el equipo multidisciplinario no ha podido trabajar con ella porque la prioridad en este momento es conservarla en un peso adecuado, ella actualmente se encuentra con ropa femenina de color rosa y adornos en su cabeza de listones y le llaman con un nombre femenino.

14.-Necesidad de aprender. Actualmente no se ha identificado por parte de los cuidadores primarios algún cambio o nuevo aprendizaje en la paciente por el contrario comentan que durante su estancia en casa ya empezaba a sonreír y actualmente no la han visto sonreír ni han identificado un nuevo cambio por el contrario se sienten muy angustiados porque la ven más cansada irritable y débil, con menos movilidad, es difícil

la comunicación con ella debido a que aún no habla y no podemos saber si tiene algún interés o duda, además todos los estímulos le molestan y provocan que baje de peso.

7.-Necesidad de termorregulación. Durante la revisión y valoración se mantiene en termocuna, es vulnerable a los cambios de temperatura debido a que tiene un peso muy bajo, pierde calorías fácilmente, su composición corporal es frágil y aun no se puede comunicar para referir que tiene frío.

6.-Necesidad de vestir y desvestirse. Durante su estancia hospitalaria se encuentra portando la bata y cobijas proporcionadas por el hospital, se encuentran sábanas y bata limpias el familiar se encarga de cambiarla diario o por razón necesaria, después de unos días se da permiso de que el familiar traiga sus cobijas y un cambio de ropa para mayor comodidad de la paciente ya que las batas le quedaban muy grandes y se encontraba con hipotermias.

NECESIDADES EN RIESGO.

9.-Necesidad de seguridad y protección. Se encuentra con las defensas secundarias bajas debido a su peso, cuenta con una hemoglobina de 10.5, muy susceptible de contraer infecciones ya que actualmente está en remisión una neumonía nosocomial y aumenta su riesgo por la presencia de su sonda Foley y por la colostomía. Cuenta solo con la vacuna de BCG y rotavirus.

8.-Necesidad de higiene y cuidados de la piel. A la inspección se encuentra con una coloración terrosa pálida, piel con signo de lienzo, fontanelas anterior hundida de aproximadamente 2 dedos prominencias muy notorias por la deshidratación, conjuntivas pálidas ++, cabello en poca cantidad, con lesiones de úlceras por presión en occipital ya en mejores condiciones casi resueltas, mucosa oral con presencia de lo que pareciera candidiasis se manda a cultivo para confirmar diagnóstico, piel alrededor de la colostomía poco irritada por la diarrea reciente, con protusión de la misma sin datos de necrosis o cambio de coloración, se proporciona baño diario con curación de heridas.

12.-Necesidad de trabajar y realizarse. La única actividad que la hace sentir bien y un poco más tranquila es estar en los brazos de su madre y que ella le palme la espalda, cuando le toca el cuidado a su padre llora hasta que la carga y eso la hace muy feliz es lo único que e identificado.

2.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS.

Para la realización de este estudio de caso hice una entrevista inicial basada en el instrumento de valoración clínica en el niño para la edad de 0 a 5 años en el cual se mencionan los datos personales del paciente y de la persona que realiza la valoración también incluyen apartados como: Datos demográficos, mapa familiar, orientación, antecedentes individuales, la valoración de las 14 necesidades propuestas por Virginia

Henderson cada una por separado, la jerarquización de los diagnósticos de enfermería, plan de atención de enfermería, jerarquía de necesidades, el plan de alta (**anexo 6.1**).

En las entrevistas y valoraciones diarias use el formato de reporte diario para realizarle las valoraciones focalizadas de las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson, en el cual se menciona los datos personales del alumno que la realiza, el nombre del paciente al que se realiza la valoración, su edad y se menciona la necesidad focalizada, se encuentra estructurada por apartados como: datos subjetivos, datos objetivos, el hábitus externo, la exploración física de acuerdo a la necesidad, el tipo de relación enfermera-paciente, las fuentes de dificultad, el diagnóstico de enfermería (**anexo 6.2**), en este formato incluye la gráfica de la Duración de Dependencia, y la gráfica del Grado de Dependencia tomadas de Phaneuf M, (1993).

Para darle la formalidad al estudio de caso se informó al tutor de la paciente por ser menor de edad mi interés por realizar mi trabajo sobre su hija aceptando verbalmente posteriormente se le pidió por escrito su aceptación realizando un documento de Consentimiento Informado para Estudio de Caso donde el familiar libremente y voluntaria acepta que se le realice el estudio de caso se le da a conocer por escrito el objetivo principal, se le explican por escrito los procedimientos para realizar el estudio, se le pido nombre y firma, así como la firma de dos testigos (**anexo 6.3**).

2.3 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNOSTICO.

Con la valoración realizada durante la entrevista para el estudio de caso realice la estructura de los diagnósticos en base al formato PES, Como resultado de la valoración de las necesidades realice la jerarquía de las mismas, resultando un total de 12 diagnósticos enfermeros, de los cuales 3 es de riesgo, 6 reales Y 3 de salud

JERARQUIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS:

1.- **NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:** Incapacidad para mantener la vía aérea permeable R/C mucosidad espesa M/P aleteo nasal, retracción xifoidea y tiros intercostales, tos no expectorante, hipoventilación de ambas bases pulmonares y estertores gruesos.

2.- **NECESIDAD DE COMER Y BEBER:** Alteración del estado nutricio R/C ingesta insuficiente de calorías M/P peso corporal en percentil -3, escasa turgencia cutánea, tono muscular 3/5, caída de cabello, conjuntivas y mucosas secas.

5.- **NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR:** Alteración en las horas de sueño y descanso R/C ambiente estresante, ruidos, interrupción para la realización de procedimientos, luces prendidas durante todo el día, manipulación y revisiones continuas M/P sueño ligero, irritabilidad, no durar más de dos horas con sueño profundo, y estado de alerta constante.

4.- **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA:** Incapacidad para realizar actividades físicas R/C desnutrición severa y marasmo M/P debilidad general, retardo en el desarrollo neuromuscular de acuerdo a la escala de Denver, tono muscular 3/5 y cansancio.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS: Dependencia en la satisfacción de la necesidad de jugar y recrearse R/C hospitalización M/P la falta de sensibilidad a las actividades lúdicas, canciones, sonidos, juguetes, y ausencia de juegos acorde a su edad.

14.- NECESIDAD DE APRENDER: Conducta generadora de salud que el cuidador primario reforzará en Sofía para satisfacer la necesidad de aprendizaje M/P estimulación temprana acorde a la etapa, verbalización del interés y concientización del cuidador primario.

9.- NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN: Riesgo de desarrollo de infecciones oportunistas R/C sistema inmunitario deprimido, exposición ambiental nosocomial.

2.4 PROCESO DE PLANEACIÓN.

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Incapacidad para mantener la vía aérea permeable R/C mucosidad espesa, M/P aleteo nasal, retracción xifoidea y tiros intercostales, tos no expectorante, hipoventilación en ambas bases pulmonares.</p>		
<p>FUENTE DE DIFICULTAD.</p> <p>Fuerza, Voluntad, Conocimiento.</p>	<p>NIVEL DE DEPENDENCIA.</p> <p>5</p>	<p>PRIORIDAD.</p> <p>Alta.</p>
<p>OBJETIVO: Sofía mantendrá sus vías respiratorias permeables con ruidos respiratorios limpios, con ausencia de disnea durante todo el día durante su hospitalización mediante la atención integral de vías respiratoria.</p>		
<p>INTERVENCION.</p> <p>Mejorar la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>+ Auscultar campos pulmonares bilaterales para comparar ruidos ventilatorios.</p> <p>+ Administrar medicamentos mucolíticos en micronebulizaciones a base de salbutamol 700 mcg aforados a 3 ml de solución salina c/4hrs.</p> <p>+ Dar palmopercusión con apoyo de una mascarilla de la base de los pulmones hacia arriba durante cinco minutos en ambos lados del tórax y laterales.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN.</p> <p>+ El salbutamol es un agente simpaticomimético que posee una acción altamente selectiva sobre receptores B-adrenérgicos en el músculo bronquial. (VADEMECUM FARMACEUTICO IPE, 2006)</p> <p>+ La fisioterapia respiratoria tiene como objetivo facilitar la eliminación de las secreciones traqueobronquiales y, secundariamente, disminuir la resistencia de la vía aérea, reducir el trabajo</p>

<p>+ Aspirar a la paciente de manera gentil con una presión de vacío de 40 mmHg . Con una sonda de aspiración de 8Fr.</p> <p>+ Monitorizar la saturación de oxígeno capilar durante la aspiración de secreciones e hiperoxigenar cuando sea necesario.</p>	<p>respiratorio, mejorar el intercambio gaseoso. (López, 2004)</p> <p>+ La acumulación de secreciones favorece su colonización microbiana, la infección y la inflamación, con la consiguiente mayor producción de mucosidad. (López, 2004)</p>
--	--

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del estado nutricio R/C ingesta insuficiente calorías M/P peso corporal en percentil -3 peso/edad, escasa turgencia cutánea, tono muscular 3/5, caída de cabello, conjuntivas y mucosas secas.</p>		
<p>FUENTE DE DIFICULTAD.</p> <p>Fuerza, conocimiento.</p>	<p>NIVEL DE DEPENDENCIA.</p> <p>6</p>	<p>PRIORIDAD.</p> <p>Alta.</p>
<p>OBJETIVO: Sofía mantendrá un peso estable logrando una pequeña ganancia progresiva de peso hasta alcanzar el peso ideal de 6 kilos.</p>		
<p>INTERVENCIÓN: Apoyo a la nutrición por vía enteral con sonda.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN.</p>
<p>+ Insertar una sonda Orogástrica.</p> <p>+Vigilar distención abdominal con la monitorización del perímetro abdominal antes del cambio de la infusión cada 4 horas.</p> <p>+Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 a 8 horas.</p>		<p>+La nutrición enteral crea un puente en el tubo digestivo superior, introduciendo alimento procesado o una fórmula enteral líquida especial directamente al estómago o al intestino delgado mediante una sonda de alimentación, mantiene la integridad de la mucosa intestinal causa menos complicaciones metabólicas, brinda mejor nutrición y mayor aumento de peso (Cahill., 1991.)</p> <p>+ La aparición de molestias abdominales u obstrucción determina la suspensión de la alimentación.</p> <p>+ El flujo rápido ocasiona una sensación desagradable en nasofaringe y quizá hiperperistaltismo. (Rosales Barrera)</p>

<p>+Durante la infusión de la formula mantener a Sofía en una posición de 45° y alineado su cuerpo.</p> <p>+Administrar por sonda orogástrica hidrolizado de proteínas a una infusión continua a 10.3 ml/hra.</p> <p>+Cambiar la sonda orogástrica cada 48 horas o por salida accidental.</p>	<p>+La relajación del cardias por la presencia de una sonda puede originar incapacidad para utilizar los mecanismos normales para prevenir la aspiración de líquidos.</p> <p>+ El hidrolizado de proteínas por sus características especiales, contribuye una excelente opción nutricional en la alimentación de lactantes y niños con sensibilidad a la proteína entera de leche de vaca y de otros alimentos; lactantes con alergias alimentarias severas o múltiples; lactantes con cólico, diarrea persistente y otros trastornos gastrointestinales ocasionados por alergia a la proteína entera. (VADEMECUM FARMACEUTICO IPE, 2006)</p> <p>+ Un sondeo nasogástrico o manipulación prolongada inducen a la posibilidad de originar erosión nasal, esofagitis e infección pulmonar. (Rosales Barrera)</p>
---	--

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Incapacidad para realizar actividad física R/C desnutrición severa y marasmo M/P debilidad general, retraso en el desarrollo neuromuscular de acuerdo a la escala de Denver, tono muscular 3/5 y cansancio.</p>		
<p>FUENTE DE DIFICULTAD.</p> <p>Fuerza y Voluntad.</p>	<p>NIVEL DE DEPENDENCIA.</p> <p>6</p>	<p>PRIORIDAD.</p> <p>Media.</p>
<p>OBJETIVO: Sofía aumentara su resistencia para realizar actividades físicas y de autocuidado sin agotar su energía mediante ejercicios de estimulación temprana.</p>		
<p>INTERVENCIÓN: Ejercicios para sostener la cabeza.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN.</p>
<p>+ Implementar ejercicios de Estimulación Temprana para bebes de 3 meses.</p> <p>1.- Recostar a Sofía boca abajo sobre una superficie firme o sobre el regazo del cuidador primario y extender sus brazos, Llamar su atención con un objeto brillante o mediante sonidos graciosos o alegres.</p> <p>2.-Recostarla boca arriba. Tomar suavemente sus brazos y levantarlos hasta sentarla. Sostenerla con firmeza. Recostarla de lado para incorporarla otra vez.</p>		<p>+Todo niño posee un deseo natural de aprender, de hacer y saber cómo hacerlo, la estimulación temprana tiene como objetivo desarrollar y potenciar las funciones cerebrales, además de promover el desarrollo sistemático de las capacidades</p>

<p>3.- Boca abajo, sobre una superficie dura y apoyada en sus antebrazos, acariciar su espalda o pasar los dedos a los lados de su columna vertebral, bajando desde el cuello hacia la cadera, pero NUNCA en sentido contrario.</p>	
---	--

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Alteración en las horas de sueño y reposo r/c ambiente estresante, ruidos, interrupción para la realización de procedimientos, luces prendidas durante todo el día, manipulación y revisiones continuas m/p sueño ligero, irritabilidad, no durar más de dos horas con sueño profundo, y estado de alerta constante.</p>		
<p>FUENTE DE DIFICULTAD.</p> <p>Conocimiento y Fuerza.</p>	<p>NIVEL DE DEPENDENCIA.</p> <p>5</p>	<p>PRIORIDAD.</p> <p>Alta.</p>
<p>OBJETIVO: Sofía tendrá un sueño y descanso de 14 horas a lo largo de todo el día con un periodo más prolongado por la noche durante su estancia hospitalaria mediante el control de ruido exterior, musicoterapia, y la mejora del sueño.</p>		
<p>INTERVENCIÓN: Fomentar el sueño y descanso efectivo.</p> <p>+ Establecer cuál es el esquema y número de horas de sueño que tiene Sofía durante el día con ayuda de sus padres.</p> <p>+Establecer y observar con los padres de Sofía los factores físicos, ambientales o emocionales que no permitan que Sofía descanse.</p> <p>+Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, cama.) para favorecer el sueño.</p> <p>+Enseñar medidas agradables para favorecer el descanso:</p> <p>+Disponer siestecillas durante el día para cumplir con las necesidades de sueño.</p> <p>+Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 min.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN.</p> <p>+El sueño infantil cumple una función reguladora y reparadora en el organismo. Es esencial para el control de la energía y la temperatura corporal. El sueño reabastece y restaura los procesos corporales, que se han dañado durante el día. Durante el sueño diurno o nocturno los niños descansan, asimilan y organizan lo visto y aprendido, maduran física y psíquicamente, e inician y ejercitan su independencia del mundo exterior y de sus padres</p>

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dependencia en la satisfacción de la necesidad de jugar y recrearse R/C hospitalización M/P la falta de sensibilidad a las actividades lúdicas, canciones, sonidos, juguetes, y ausencia de juegos acorde a su edad.</p>		
<p>FUENTE DE DIFICULTAD.</p> <p>Fuerza, Conocimiento, Voluntad.</p>	<p>NIVEL DE DEPENDENCIA.</p> <p>5</p>	<p>PRIORIDAD.</p> <p>Media.</p>
<p>OBJETIVO: S .I.L.C participará en actividades lúdicas de acuerdo a su capacidad psicomotriz durante su estancia hospitalaria, mediante la terapia con juegos.</p>		
<p>INTERVENCIÓN: Estimulación del juego.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN.</p>
<p>+Favorecer un ambiente hospitalario tranquilo que esté libre de interrupciones, permitiendo el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo.</p> <p>+Organizar la sesión de juegos de manera que facilite el resultado deseado.</p> <p>+Prestar un equipo de juegos de desarrollo adecuado, como sonajas, juguetes musicales, juguetes que vibren acompañados de canciones infantiles.</p> <p>+Identificar que actividades o juguetes no llaman se atención modificarlos para hacerlos más atractivos.</p> <p>+Incluir al cuidador primario en las actividades</p>		<p>+ El aburrimiento paraliza la productividad de la persona y produce un sentimiento de estancamiento. La persona aburrida tiene sentimientos introspectivos de opresión y atrapamiento, lo que provoca enojo y hostilidad conscientes o inconscientes.</p>

recreativas para evitar aumentar su estrés y mejorar la participación.

+ Evitar sobre estimular a Sofía permitiendo periodos de descanso y sueño.

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Conducta generadora de salud que el cuidador primario reforzará en Sofía para satisfacer la necesidad de aprendizaje M/P estimulación temprana acorde a la etapa, verbalización del interés y concientización del cuidador primario.</p>		
<p>FUENTE DE DIFICULTAD.</p> <p>Conocimiento.</p>	<p>NIVEL DE DEPENDENCIA.</p> <p>5</p>	<p>PRIORIDAD.</p> <p>Media.</p>
<p>OBJETIVO: Mediante un proceso de capacitación continua hacia el cuidador primario, el cual proporcionará técnicas que faciliten el desarrollo psicológico y la adquisición de nuevos conocimientos para evitar el retraso, Sofía mediante técnicas lúdicas enseñadas por su cuidador primario demostrará cambios en el desarrollo psicológico y adquisición de nuevos conocimientos, durante su hospitalización y el primer año de egreso del hospital.</p>		
<p>INTERVENCIÓN: Enseñar estimulación infantil.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN.</p>
<p>+Elaborar y regalar un tríptico explicando que es la estimulación temprana.</p> <p>+Ayudar a los padres a identificar aspectos de predisposición y respuestas a la estimulación por parte de Sofía.</p> <p>+ Evitar dar la terapia a Sofía si se encuentra de mal humor o no ha dormido bien.</p> <p>+Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación Sofía.</p>		<p>*El objetivo de la estimulación temprana es desarrollar y potenciar las funciones cerebrales de los niños tanto intelectual, como en el físico y afectivo. Mediante juegos y ejercicios repetitivos, desde la etapa prenatal hasta los 6 años. (www.salud.edomex.gob.mx)</p>

<p>+Pedir que los padres demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.</p> <p>+Enseñar a los padres a hablar, cantar y sonreír al bebé mientras se le cuida.</p>	
--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de desarrollo de infecciones oportunistas R/C sistema inmunitario deprimido, exposición ambiental nosocomial.		
FUENTE DE DIFICULTAD. Fuerza.	NIVEL DE DEPENDENCIA. 5	PRIORIDAD. Media.
OBJETIVO: Sofía se mantendrá libre de signos y síntomas de nuevas infecciones agregadas durante su estancia hospitalaria mediante el control de infecciones		
INTERVENCIÓN: Prevención de reinfecciones.		FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> + Orientar al personal de salud a cargo del cuidado de Sofía el lavado de manos apropiado. + Educar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación de Sofía. + Utilizar un jabón microbiano para el lavado de las manos. 		<p>Una buena higiene, una alimentación óptima, las vacunaciones y unas prácticas sanitarias estrictas, pueden reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas durante la infancia. (Carpenito., 2003.)</p>

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad cutánea R/C desequilibrio nutricional e inmovilidad física M/P enrojecimiento, dolor, perdida de la continuidad de la piel en zona occipital.</p>		
<p>FUENTE DE DIFICULTAD.</p> <p>Fuerza.</p>	<p>NIVEL DE DEPENDENCIA.</p> <p>6</p>	<p>PRIORIDAD.</p> <p>Alta.</p>
<p>OBJETIVO: Sofía sanara de su ulcera en la parte occipital y se enseñará a los padres para ayudarle a cambiar de posición y evitar nuevas úlceras.</p>		
<p>INTERVENCIÓN. Cuidados de la ulcera por presión.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN.</p>
<p>+Registrar el estado en el que se detectó la ulcera por presión.</p> <p>+Vigilar estrechamente cualquier zona de enrojecimiento en protuberancias óseas, proteger protuberancias óseas con almohadillas y parches hidrocoloides</p> <p>+Cambio de posición cada una o dos horas; alternar posición lateral derecha e izquierda o posición semifowler.</p> <p>+Mantener la ropa de cama y piel limpia, seca y libre de arrugas.</p>		<p>+Al inspeccionar la piel ayuda a detectar una circulación deficiente que puede predisponer al paciente a ulceración de la piel.</p> <p>+Cambiar de posición evita una presión prolongada en las prominencias óseas donde la circulación está aún afectada, reduciendo el riesgo de isquemia.</p> <p>+Las zonas húmedas y contaminadas son un medio excelente de crecimiento de microorganismos patógenos. (DOENGES., 2008)</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Diarrea R/C alergia a la proteína de la leche de vaca M/P heces líquidas, aumento en la frecuencia, coloración verdosa de las heces, olor fétido.			
FUENTE DE DIFICULTAD.	DE	NIVEL DE DEPENDENCIA.	PRIORIDAD.
Fuerza.		5	ALTA.
OBJETIVO: Sofía reducirá el número de evacuaciones al día por medio de las intervenciones especializadas de enfermería.			
INTERVENCIÓN: Control de la diarrea.		FUNDAMENTACIÓN.	
<p>+Control de líquidos: cuantificar gasto fecal e índice urinario.</p> <p>+Vigilar datos de deshidratación: llenado capilar, turgencia de la piel, temperatura, resequeza de la mucosa.</p> <p>+Cuidados de la colostomía: limpieza de la bolsa de colostomía, higiene de piel periestomal, bolsa de colostomía bien pegada.</p>		<p>+ Observar y registrar la frecuencia, las características y la cantidad de las heces y los factores desencadenantes ayuda a valorar la gravedad del episodio.</p> <p>+ Una pérdida excesiva intestinal puede causar desequilibrio electrolítico, por ejemplo el potasio que es parte esencial de la bomba sodio/potasio.</p> <p>+Mantener una piel limpia y seca permite evitar desgarros, y aumenta la adherencia de la bolsa de colostomía. El vaciado frecuente de las bolsas elimina las bacterias y el olor causado por las heces. (Doenges., 2008.)</p>	

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Conducta generadora de salud que el cuidador primario reforzará en Sofía para satisfacer la necesidad de comunicación M/P el interés verbal del cuidador primario y la demostración ejercicios enseñados.</p>		
<p>FUENTE DE DIFICULTAD.</p> <p>Conocimiento, fuerza y voluntad.</p>	<p>NIVEL DE DEPENDENCIA.</p> <p>4</p>	<p>PRIORIDAD.</p> <p>Media.</p>
<p>OBJETIVO: Sofía mejorará su interacción verbal con los cuidados enseñados a su cuidador principal durante su hospitalización</p>		
<p>INTERVENCIÓN: Ejercicios de estimulación del habla.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN.</p>
<p>+ Estimular a los cuidadores primarios a que le canten, le cuenten cuentos y adivinanzas a Sofía.</p> <p>+Hablarle por su nombre a Sofía.</p> <p>+Ejercitar los movimientos de los órganos que intervienen en la fonación: la succión, la deglución, la masticación, la absorción, el soplo, etc.</p> <p>+Utilizar palabras cortas para dirigirse a Sofía. De 1 ó 2 sílabas, como "ven", "toma"... casi siempre las mismas, de una manera clara y exagerando la entonación.</p>		<p>El primer lenguaje del bebé es la expresión, a través de los balbuceos, sonrisas, llantos y otros sonidos, de los sentimientos y necesidades. Así se comunican al principio. Luego, poco a poco, los bebés van adquiriendo un lenguaje más fluido, llegando al dominio de la comunicación verbal.</p> <p>Inicialmente, el lenguaje surge por imitación. Los niños imitan los movimientos y los sonidos que hacen sus padres, cuando articulan las palabras. En este proceso, también es importante la comprensión de lo escuchado y de lo expresado. (www.guiainfantil.com)</p>

DAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de confusión de su propia imagen corporal R/C tratamiento médico para la reasignación de sexo.		
FUENTE DE DIFICULTAD.	NIVEL DE DEPENDENCIA.	PRIORIDAD.
Conocimiento y voluntad.	5	Media.
OBJETIVO: El cuidador primario enseñará y reforzará una percepción correcta de la imagen personal de Sofía con las intervenciones especializadas del grupo multidisciplinario.		
INTERVENCIÓN: Potenciar la imagen corporal.		JUSTIFICACIÓN.
<p>+Fijar objetivos reales a corto y mediano plazo. Canalizar al cuidador primario y a Sofía al servicio de psicología y psiquiatría.</p> <p>+ Escuchar al cuidador primario fomentando una libre expresión de los sentimientos de desesperanza.</p> <p>+Orientar al cuidador primario sobre la importancia de ser honestos con Sofía sobre las acciones, cuidados y tratamientos.</p>		<p>+La ansiedad y la depresión son reacciones frecuentes a los cambios y pérdidas asociados con enfermedades crónicas o debilitantes. Es más útil permitir que estos sentimientos se expresen y se afronten en vez de negarlos o ignorarlos.</p> <p>+Las familias tienen dificultad para afrontar padecimientos crónicos por lo que es posible que eviten hablar del tema con el paciente. La honestidad reduce las “sorpresas”, ayuda a mantener la confianza y puede potenciar el</p>

<p>+Estimular la vinculación entre el cuidador primario y Sofía.</p>	<p>afrontamiento. (DOENGES., 2008)</p> <p>+Los fuertes vínculos entre los padres y su hijo le brindan al bebé el primer modelo de relaciones íntimas, y fomentan un sentido de seguridad y de autoestima positiva. Además, la receptividad a las señales de un niño pequeño puede afectar el desarrollo social y cognitivo del niño. (www.KidsHealth.com)</p>
--	---

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Conducta generadora de salud que el cuidador primario reforzará en Sofía para ayudarla a adquirir conocimientos, fortalecer su confianza y proyección, guiarla a descubrir su rol en la vida y en la sociedad M/P interés de los padres de continuar con el tratamiento quirúrgico y medico de cambio de sexo, y disposición para recibir ayuda psicológica y psiquiatra para obtener herramientas que ayuden al desarrollo de Sofía.</p>		
<p>FUENTE DE DIFICULTAD.</p> <p>Conocimiento y voluntad.</p>	<p>NIVEL DE DEPENDENCIA.</p> <p>5</p>	<p>PRIORIDAD.</p> <p>Media.</p>
<p>OBJETIVO:</p>		
<p>INTERVENCIÓN: Potencial la autoestima.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN.</p>	
<p>+Enseñar a los padres consejos que ayuden a potencializar la autoestima de Sofía.</p> <p>1.- Dale amor incondicional. La autoestima en un bebe florece con la devoción incondicional que transmite el amor.</p> <p>2.- Bríndale atención. Aparta tiempo para dedicarle a Sofía su atención completa.</p> <p>3.- Establece límites. Establece reglas razonables.</p> <p>4.- Déjalo que cometa errores. Los</p>	<p>+Un niño con una buena autoestima podrá experimentar sus efectos positivos: la confianza, el ánimo, el interés y el placer de aprender y de realizar sueños.</p> <p>+La autoestima necesita que sea edificada y construida desde que el niño sea apenas un bebé. El afecto y el cariño entre el recién nacido y sus padres pueden ser considerados una guía de la autoestima. El bebé debe sentirse querido y abrazado por lo que es. (www.guiainfantil.com)</p>	

errores también son lecciones valiosas para que tenga confianza en sí mismo. (www.babycenter.com)	
--	--

3. RESULTADOS.

Egreso a su domicilio: Sofía; fue dada de alta el 13 de marzo después de casi 5 meses de hospitalización egreso con una sonda de gastrostomía y con su colostomía protruida, se fue a su casa pesando 3, 600 gr. en regulares condiciones se consideró el alta para evitar nuevas reinfecciones, con signos de mejoría como aumento de peso y episodios de diarrea controlada.

En la segunda semana de su egreso recayó debido a una descompensación renal, por diarrea y vómito lo que le agravó su alcalosis tubular renal, tuvo que ser dializada en una sola sesión con mejoría inmediata, fue atendida en el Hospital de San Miguel de Allende (lugar y hospital de origen); dada de alta a las dos semanas de su ingreso.

Hoy en día Sofía a 4 meses de su egreso tiene un peso de 5, 200 gr. Siendo evidente su mejoría, ya sostiene su cabeza, tiene aumento en la fuerza y tono muscular, mejor coloración de la piel, cambio su humor, sonrío más, aunque ya tiene 1 año 3 meses y aún cuenta con la apariencia de 6 meses es muy visible su avance y el compromiso de los padres con su cuidado; se ha incrementado y mejoró su esperanza de sobrevivir.

Continua pendiente su reconstrucción de colostomía y de sus órganos sexuales hasta alcanzar un peso de 6 kilos y mantenerse con ese peso por un mes, se ha puesto en discusión su caso y está por resolverse la posibilidad de mandarla al Hospital Pediátrico Federico Gómez de la ciudad de México, debido a la complejidad de su caso, Cabe hacer mención que mantengo comunicación formal con los padres de Sofía hasta la fecha.

4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

El Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío es una Institución que proporciona atención de la más alta calidad; cuenta con instalaciones, equipo paramédico y medios de diagnósticos más avanzados y especializados de la región para diagnosticar y brindar tratamiento a pacientes con patologías complejas como las de Sofía.

Siendo esta Institución sede de la Especialidad en Enfermería Infantil; durante el periodo 2012-1, 2012-2, realice el posgrado y adquirí habilidades, conocimientos y experiencias que me ayudarán en un futuro a proporcionar cuidados de Enfermería Especializados de la más alta calidad en la atención a los pacientes en el HRAEB.

Al concluir la especialidad me doy cuenta que el proceso atención de enfermería es una herramienta útil y valiosa en la profesión de enfermería; adoptando este método sistemático a mi sistema de trabajo en conjunto con la propuesta filosófica de Virginia Henderson

Sugiero estimular más a realizar registro de casos poco comunes como este para poder saber de la existencia de estos padecimientos y así realzar el interés de la enfermera a investigar más.

Sugiero que debemos leer más sobre artículos de investigación para así estar a la vanguardia y lograr empoderamiento de la profesión.

5.-BIBLIOGRAFIA.

- VADEMECUM FARMACEUTICO IPE. (2006). MEXICO, D.F.: Información Profesional Especializada S.A. de C. V. .
- Cahill., M. (1991.). *Tratamientos de enfermería*. México, D.F.: Interamericana-McGraw-Hill.
- Carpenito., L. J. (2003.). *Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. España. Madrid.: McGraw-Hill. Interamericana.
- Doenges., M. E. (2008.). *Planes de cuidados de enfermería*. México, D.F: Mc. Graw-Hill Interamericana.
- Griffith., J. W. (1993). *PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*. México. DF: El Manual Moderno, S.A de C.V.
- Henderson, V. (1966). *The nature of Nursing*. Macmillan Publishing Company.
- Iyer., P. W. (1997). *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Kozier, B. (2008). *fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas*. Madrid, España.: Pearson, Prentice Hall.
- Langman. (2002). *Embriología mèdica. Con orientaciòn Clínica*. España.: Editorial Medica PANAMERICANA.
- López, J. A. (2004). Fisioterapia respiratoria: indicaciones y técnicas. *PUESTA AL DÍA EN LAS TÉCNICAS.*, 303-306.
- Luis Rodrigo, M. T. (1998). *De la Teoría a la Práctica*. Barcelona, España: Masson. S.A.
- Marín., S. C. (2005). A proposito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementaciòn. *Invest. educ. enferm.*, 138-146.
- Moore, k. L. (1999.). *Embriología Clínica*. Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A.: McGraw-Hill Interamericana.
- Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de Enfermería, Un proceso de centrado en las necesidades de la persona*. Madrid, España.: Interamericana. McGraw-Hill.
- Phaneuf., M. (1993). *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Madrid, España.: McGraw-Hill - Interamericana de España.

Riera., J. R. (2003). Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en evidencia.
Enfermería Clínica., 303-308.

Rosales Barrera, S. (s.f.). *Fundamentos de Enfermería*. México, D.F. : Manual Moderno.

Salud, S. d. (Diciembre 2001). *Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México*. México, D.F.

6. ANEXOS.

- 6.1 Historia clínica de enfermería de 0 a 5 años.
- 6.2 Hoja de reporte diario.
- 6.3 Hoja de consentimiento informado.
- 6.4 Tríptico.
- 6.5 Plan de alta.

6. ANEXOS.

6.1 Historia Clínica de Enfermería.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

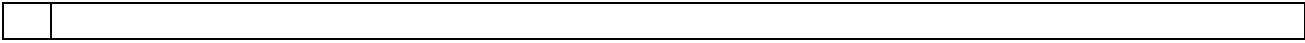
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

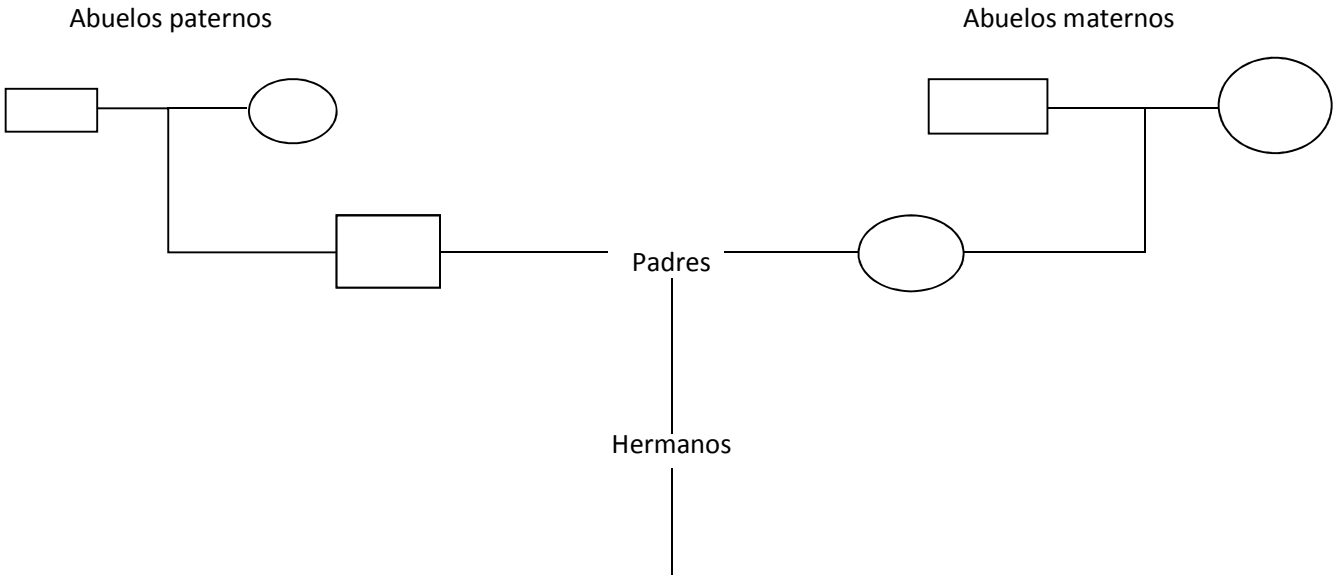
Valoración de las necesidades básicas en los menores de 6-12 años

Nombre del alumno: _____ . Fecha de entrega: _____ .
Servicio: _____ .

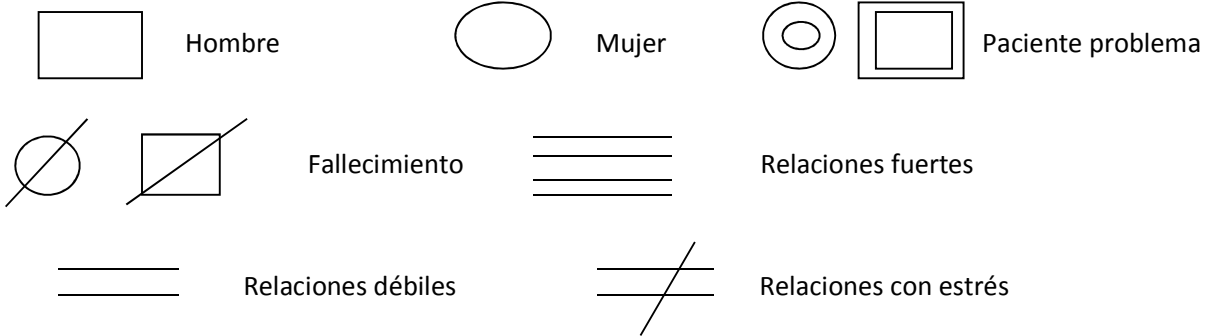
I. D A T O S D E M O G R Á F I C O S	Nombre: _____ . Fecha de nacimiento: _____ . Sexo: _____ . Edad: _____ . Procedencia: _____ . Edad del padre: _____ . Nombre del padre o tutor: _____ . Nombre de la madre: _____ . Edad de la madre: _____ . Fecha de revisión: _____ . Hora: _____ . Escolaridad: Padre: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



Mapa familiar.



Símbolos.



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relación afectiva	Enfermedades

II I. O R I E N T A C I Ó N	Orientación en la hospitalización: ¿se han explicado los siguientes aspectos? Horarios de visita: Sí: ____ . No: ____ . Sala de espera: Sí: ____ . No ____ . Normas sobre barandales de cama y cunas: Sí ____ . No ____ . Permanencia en el servicio: Sí ____ . No: ____ . Informes sobre estado de salud del niño: Sí ____ . No ____ Horario de cafetería: Sí: ____ . No: ____ . Servicio religioso: Sí ____ . No ____ . Restricciones de visita: _____ _____
	I V . A N T E C E D E N T E S I N

3	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> <p>Signos vitales: Tensión arterial: _____. Frecuencia cardiaca: _____. Pulso: _____ Regular: ____ Irregular: ____ Respiración: _____. Regular: _____. Irregular: ____ Aleteo nasal: _____. Retracción xifoidea: _____. Disociación toraco abdominal: _____. Ruidos respiratorios: _____. Lado derecho: _____. Lado izquierdo: _____. Ventilación: _____ Respiración asistida: _____ Controlada: _____</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Secreciones bronquiales</th> <th>Cantidad</th> <th>Consistencia</th> <th>Color</th> <th>Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tubo traqueal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cavidad oral/nasal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Humidificación y oxigenación: _____.</p> <p>Tiene dificultad para respirar: _____ Cuando camina: _____ Otros: _____</p> <p>Coloración de la piel: Color: Palidez: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____</p> <p>Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____</p>	Secreciones bronquiales	Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____	Cavidad oral/nasal	_____	_____	_____	_____
Secreciones bronquiales	Cantidad	Consistencia	Color	Olor												
Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____												
Cavidad oral/nasal	_____	_____	_____	_____												
4	<p style="text-align: center;">Reposo-sueño</p> <p>Horas de sueño: _____. ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____ A que hora se duerme: _____ A qué hora se levanta: _____ Cuantas horas duerme con luz: _____ con música: _____ otras costumbres: _____</p> <p>Con quien duerme: _____ Tiene cuarto separado: _____ despierta de noche: _____ Es sonámbulo: si _____ no _____ tiene pesadillas _____ duerme siestas: _____</p> <p>Valoración neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico: _____ Tranquilo _____</p> <p>Reflejos: _____</p> <p>Respuesta pupilar: _____</p>															
5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Características de la ropa de vestir: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____</p> <p>Otros enseres: _____ Significado del vestido: _____</p> <p>¿Cómo quien te gustaría vestir? _____</p> <p>¿Tiene suficiente ropa en el hospital? _____</p> <p>¿Te vistes solo: Sí: _____. No: _____ Con ayuda: _____</p>															

6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> <p>Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es: Templada:_____ Fría:_____ Caliente:_____</p> <p>¿Su niño es friolento?_____ Está acostumbrado a que le tomen la temperatura: ____ si _____ No. Si la respuesta es sí, ¿Cómo se la toman? _____</p>
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fijó la mirada: _____. Siguió objetos con la mirada: _____.</p> <p>Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____</p> <p>Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____</p> <p>Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____</p> <p>Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____</p> <p>Qué postura adopta el niño al sentarse: _____. Al caminar: _____</p> <p>Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____</p> <p>Cuando esta enfermo adopta una postura especial: _____ ¿Cuál?: _____</p>
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? _____</p> <p>Cuantos hermanos son: _____ Hermanas: _____ Hay otras personas que viven en la casa: _____</p> <p>El niño vive con sus padres: _____ Papa: _____ Mama: _____</p> <p>Hermano: _____ Pariente: _____ El niño usa anteojos: _____</p> <p>Aparato auditivo: _____ Algún otro aparato: _____</p> <p>Describe el carácter de su hijo: _____</p> <p>Con quien acude el niño cuando le falta algo: _____</p> <p>¿Con quién hace la tarea? _____</p> <p>Otros comentarios del niño o familiar: _____</p>
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>A qué hora en la que se acostumbra el baño: _____ Se baña solo: _____ Con ayuda: _____</p> <p>Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____ Cuando se cepilla los dientes: _____ Tiene prótesis dental: _____ Cando fue la última visita al dentista: _____ Se peina solo (a): _____ Con ayuda: _____</p>

10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>¿Qué preferencia tiene el niño con los juegos? _____</p> <p>Los objetos: _____ Mascotas: _____</p> <p>Las personas: _____ Juega solo: _____</p> <p>Con otros niños: _____ Con adultos: _____</p> <p>Mencione los programas de televisión , películas y paseos preferidos por el niño:</p> <p>_____</p> <p>_____.</p>
11	<p style="text-align: center;">Creencia y Religión</p> <p>¿Cuál es la practica religiosa de la familia? _____</p> <p>Como participa el niño en esa práctica? _____</p> <p>Para usted (familiar) ¿Cuál cree que fe la causa de la enfermedad?: _____</p> <p>Cuando alguien de la familia se enferma, que hace usted (familiar) para mejorar el problema: _____</p> <p>Para el niño, ¿Por qué te enfermaste? _____</p>
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>Puede usted participar en los cuidados del niño: Si _____ No _____ Si la respuesta es si ¿Como? _____</p> <p>Diga los temores que tiene sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>Describa los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambio de domicilio, despido del padre del trabajo: _____</p>

	<p>Enfermedad crónica de algún familiar: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ escuela: _____ O con algún familiar o amigo: _____</p> <p>Si la respuesta es sí diga, ¿cuál? _____</p> <p>Toma medicamentos en casa: sí: _____ no: _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p> <table border="1" data-bbox="199 772 1404 952"> <thead> <tr> <th data-bbox="199 772 534 806">Nombre del medicamento</th> <th data-bbox="678 772 758 806">Dosis</th> <th data-bbox="901 772 981 806">Fecha</th> <th data-bbox="1109 772 1157 806">Vía</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño?: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Fecha	Vía	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Fecha	Vía														
_____	_____	_____	_____														
_____	_____	_____	_____														
_____	_____	_____	_____														
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>¿Su niño esta acostumbrado a ir a la primaria? Si _____ No _____</p> <p>Le gusta estar en casa: Si _____ No _____ En la escuela Si _____ No _____</p> <p>Que grado escolar cursa: _____ ¿Cómo considera el aprovechamiento del niño? _____</p> <p>El niño estuvo hospitalizado antes: Si _____ No: _____ A que edad: _____</p> <p>¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización? _____</p> <p>¿Qué dice el niño sobre la hospitalización? _____</p> <p>¿Qué costumbres nuevas tiene su niño?: _____</p> <p>De que tema le gustaría tratar con el personal de Enfermería: _____</p> <p>Tratamiento del niño; _____ Procedimientos: _____</p> <p>Convalecencia: _____</p> <p>Otros: _____</p>																
14	<p style="text-align: center;">Realización</p> <p>¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____</p> <p>¿Qué esperas de tus padres? _____</p> <p>¿A quien de la familia su hijo imita? _____</p> <p>Las precauciones del niño y las de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud: _____</p>																

El niño forma parte de algún grupo social distinto al de la escuela: Si _____ No: _____ ¿Cuál o cuales?: _____

Otros datos:

Como padre o tutor, que sugiere para que el niño se adapte mas fácilmente?

Opiniones: _____

Nombre de la enfermera: _____.

Fecha: _____.

Análisis



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

(En las dimensiones Física, Psicosociales y espiritual).

Fecha en la que se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ . Edad: _____ .

Registro: _____ . Servicio: _____ . Fecha: _____ .

Nombre del alumno: _____ .

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad interac. c/Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Grado	Grado	F.F.	F.C.	F.V.	Si	No	

Código: Grado de dependencia

Total= Dt; Temporal= Dtm; Parcial= Dp, Permanente= D pr.

Causas de la dificultad: Falta de fuerza= FF; Falta de voluntad= FV; Falta de conocimiento= FC.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____ . Edad: _____ .

Sexo: _____ . Fecha de ingreso: _____ . Fecha de egreso: _____ .

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

5. Cuidados especiales en el hogar: (Heridas, sondas, estomas, ejercicios, etc).

6. Fecha de su próxima cita:

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

6.2 Hoja de Reporte Diario.



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

División de Estudios de Posgrado

Reporte Diario (Seguimiento)

Nombre del alumno: _____ Fecha: _____ Servicio: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____ No. Exp: _____

Valoración Focalizada de la necesidad de:

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso: Talla: FC: FR TA Temp Otros

A) Habitus Externo

B) Exploración Física de la necesidad

Tipo de Relación:

Acompañamiento:

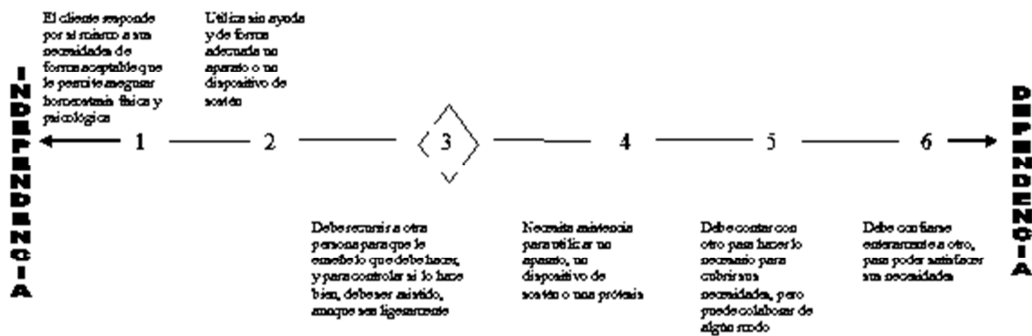
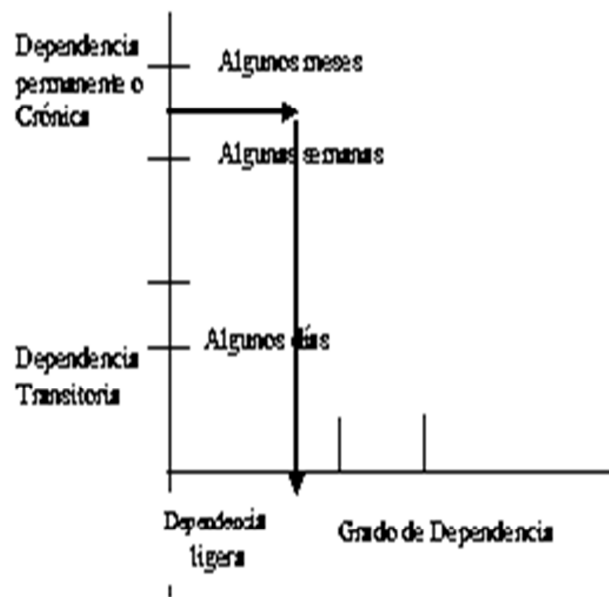
Suplencia:

Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

Diagnóstico de Enfermería

Comentarios:



6.3 Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE:
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo _____, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) _____ participe en el estudio de caso,

_____, cuyo objetivo principal es:

_____ y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: los procedimientos consisten en: _____

_____ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma

Nombre del padre o tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

León Gto. A _____ de _____ .

HAY 3 AREAS QUE SE PUEDEN TRABAJAR CON LOS NIÑOS.

1.- ESTIMULAR SU MOTRICIDAD, la cual el(a) niño(a) adquiere habilidades graduales más complejas que le permiten interactuar cada vez más con las personas, objetos y situaciones de su medio ambiente.



2.- ESTIMULAR SU CAPACIDAD MULTISENSORIAL de diferentes maneras el(a) niño(a) entenderá más rápido su entorno y adquirirá más rápido su entorno y adquirirá una madurez intelectual más completa.



3.- ESTIMULAR EL DESARROLLO COGNITIVO del niño(a) dependen de los sentidos y de los movimientos físicos que realiza, que comprenda lo que está sucediendo a su alrededor.

CONSEJOS PARA PAPI Y MAMI.

- ♥ Estimule a su hijo de preferencia en la mañana, ya que a esa hora están más atentos que durante el resto del día
- ♥ No sobre exija a su hijo (a) y trate de aplaudir cada uno de sus logros, y eso le hace sentir más amado y apreciado.
- ♥ Háblele, aunque sea bebé. Las inflexiones de la voz comunican mucho más de lo que uno cree.
- ♥ Refuerce los avances de su hijo(a) intentando que él(ella) repita lo nuevo que ha aprendido.
- ♥ Vístalo siempre con ropa cómoda, de manera que pueda moverse libremente.
- ♥ Resérvese todos los días unos 20 minutos, que pueda dedicarle enteramente a estimular su hijo(a).



¿Qué es la estimulación temprana?



ELABORADO: LE.O María Magdalena Castro Durán.

¿QUE ES LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

Es el conjunto de actividades por las cuales el niño(a)



Adquiere y desarrolla habilidades motoras, cognitivas, multisensoriales y socioafectivas.



Desarrolla destrezas para estimularse, así mismo a través del juego libre, de la exploración y la imaginación.

Mediante la repartición de diferentes eventos sensoriales, aumentando el control emocional del infante



Sentirá satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo.

De acuerdo con su desarrollo va ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea al tiempo que sentirá más independencia.

“INCREMENTARÁ DÍA A DÍA LA RELACIÓN AMOROSA Y POSITIVA ENTRE LOS PADRES Y EL NIÑO”

¿COMO APRENDER A ESTIMULARLOS?

Todo niño posee un deseo natural de aprender, de hacer y saber cómo hacerlo, ustedes como padres, tienen en exclusiva esa hermosa y única oportunidad de estimular al niño durante sus primeros años de vida.



¿QUE NECESITA USTED PARA ESTIMULAR A SU HIJO(A)?

- ✓ Amor, entusiasmo y constancia.
- ✓ Paciencia, tolerancia y dedicación.
- ✓ Sonidos, colores y diferentes texturas que se encuentran en la vida diaria.
- ✓ Conocimientos de lo que se espera que su hijo(a) realice de acuerdo a su edad.

¿CUAL ES LA IMPORTANCIA DE UNA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

- ▣ Es importante en niños con deficit en su desarrollo.
- ▣ Pacientes con factores de pre-peri y posnatales.
- ▣ Ayuda a mejorar las habilidades motrices, del lenguaje, cognitivas y adaptativas.



OBJETIVOS DE LA ESTIMULACIÓN.

- 1.- Desarrollar y potenciar las funciones cerebrales.
- 2.- Lograr un buen nivel intelectual.
- 3.- Promover el desarrollo sistemático de las capacidades.



6.5 Plan de Alta.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

SEDE: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO.

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

- ▣ Alimentación cada 3 horas con hidrolizado de proteína realizando técnica mixta 30 ml por sonda de gastrostomía y 30 ml por succión.
- ▣ Lavar con 20 ml la sonda después de la alimentación.
- ▣ Cuidados de colostomía: lavado con agua tibia, cambio de bolsa por razón necesaria, vigilancia de cambio de color de la piel, basado del contenido de la bolsa con técnica limpia.
- ▣ Aplicación de medicamentos prescritos.
- ▣ Baño diario.
- ▣ Baño de sol por media hora todos los días.
- ▣ Vigilancia de datos de alarma como: diarrea, distensión abdominal, fiebre, vómito, dificultad para respirar, falta de apetito, dolor, irritabilidad.

1. Orientación dietética.

- ⋈ Alimentación exclusiva con hidrolizada de proteína por sonda de gastrostomía y por succión.
- ⋈ Evitar dar alimentos no indicados.
- ⋈ No dar té.
- ⋈ Evitar dar jugos

2. Medicamentos indicados.

- a. Captopril 0.7 ml c/12 hrs VO.

- b. Levetiracetam 1 ml c/12 hrs VO.
 - c. Zinc 1 capsula c/12 hrs VO.
 - d. Polivisol 1ml c/24 hrs VO.
 - e. Omeprazol 3 ml c/12 hrs VO.
3. Registro de signos y síntomas de alarma.
- ψ Presencia de vómito, diarrea o distensión
 - ψ Presencia de hipertermia o hipotermia.
 - ψ Dolor, irritabilidad o datos de dificultad respiratoria (cambios en la coloración, aleteo nasal, hundimiento del pecho, diaforesis)
 - ψ Pérdida de peso.
 - ψ Disminución de la uresis.
 - ψ Salida accidental de la gastrostomía.
 - ψ Cambios en las características de la colostomía y piel alrededor.
 - ψ Ante cualquier signo de alarma acudir de inmediato al hospital de San Miguel de Allende.
4. Cuidados especiales en el hogar.
- κ Cuidado de la piel de la colostomía: lavado con agua tibia, no usar jabón, no refregar la piel de la colostomía.
 - κ Cuidado de la gastrostomía: evitar jalar, no usar merthiolate, enjuagar para evitar que se tape, lavar y secar perfectamente todos los días, evitar que tenga contacto con su colostomía.
5. Fecha de su próxima cita. 16 marzo 2012.

6.6 Escala de Silverman.

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

6.7 Escala de Braden.

ESCALA DE BRADEN - RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN.				
PERCEPCION SENSORIAL	1.Completamente limitada	2.Muy limitada	3.Ligeramente limitada	4.Sin limitaciones
EXPOSICION A LA HUMEDAD	1.Constantemente Húmeda	2.A menudo Húmeda	3.Ocasionalmente húmeda	4.Raramente Húmeda
ACTUVIDAD	1.Encamado	2.En silla	3.Deambula ocasionalmente	4.Sin limitaciones
MOVILIDAD	1.Completamente Inmóvil	2.Muy limitada	3.Ligeramente limitada	4.Sin limitaciones
NUTRICION	1.Muy pobre	2.Probablemente Inadecuada	3.Adecuada	4.Excelente
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1.Constante Fricción	2.Friccion ocasional	3.No hay fricción	

6.8 Escala de Denver.

Edad en Meses	Actividades
Recién nacido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tono Muscular y Postura Flexora. 2. Reflejos arcaicos presentes y simétricos. 3. Levanta la mejilla en posición prona.
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fija la mirada en el examinador y sigue a 90° a lerta al sonido. 2. Se sobresalta. 3. Vocaliza en suspensión.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sonríe en respuesta al examinador. 2. Vocaliza levanta la cabeza por varios segundos en posición prona. 3. Mantiene manos empuñadas gran parte del tiempo. 4. Se sobresalta con sonidos fuertes.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abre sus manos y las observa con atención. 2. Mantiene levantada la cabeza en Prono. 3. Sigue objetos en plano vertical y horizontal. 4. Observa los rostros. 5. Afirma por segundos un objeto puesto en su mano. 6. Incorpora sonido de consonante "G" (Agú).
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se ríe fuerte, a carcajadas mantiene la cabeza firme al mantenerlo sentado. 2. Alcanza un objeto, lo coge con la palma y lo lleva a la boca, 3. Gira la cabeza en busca del sonido, se sonrío espontáneamente.
5-6	<ol style="list-style-type: none"> 1. En supino levanta la cabeza e intenta sentarse en prono. 2. Levanta cabeza y tronco y se gira a supino. 3. Manotea objetos, los agarra y transfiere de una mano a la otra. 4. Balbucea y localiza el origen del sonido. 5. Se siente con apoyo y mantiene el tronco firme.
7-8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se mantiene sentado solo, apoyando sus manos adelante (tripode) apoya su peso en los pies y flecta sus piernas con energía golpea fuertemente objetos contra la mesa. 2. Los lleva a la boca se gira de supino a prono e intenta gatear. 3. Dice disílabos (da-da, ba-ba). 4. Estira los brazos para ser tomado.

6-9 Escala de valoración muscular del Medical Research Council.

0	Ninguna contracción
1	Contracción débil
2	Movimiento activo sin oposición de la gravedad
3	Movimiento activo contra la fuerza de la gravedad
4	Movimiento activo contra la fuerza de la gravedad y la resistencia del examinador
5	Fuerza normal