



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO

LACTANTE MASCULINO CON DEFICIT EN LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE
AUTOCUIDADO

INP
CENTRO DE INFORMACIÓN
Y DOCUMENTACIÓN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL

PRESENTA: Cintya Marlen Mejía Santana

ASESORADO POR: Mtra. Margarita Hernández Zavala

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

SECRETARIA DE
ASUNTOS ESCOLARES



MEXICO D.F., A 25 DE MAYO DEL 2012

C I D
NO CIRCULA

| | | |
|-------|--|-----|
| I. | INTRODUCCION | 3 |
| II. | OBJETIVOS | |
| | General | 6 |
| | Específicos | 6 |
| III. | METODOLOGIA | 7 |
| IV. | FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO | |
| | 4.1 estudios relacionados | 8 |
| | 4.2 definir paradigmas | 13 |
| | 4.3 modelos de las escuelas de enfermería | 19 |
| | 4.4 teoría del déficit de autocuidado | 22 |
| | 4.5 relación proceso enfermero y teoría de Dorothea Orem | 36 |
| | 4.6 proceso de enfermería | 39 |
| | 4.6.1 valoración | 43 |
| | 4.6ª método clínico | 48 |
| | 4.6.2 diagnostico | 50 |
| | 4.6.3 planificación | 55 |
| | 4.6.4 ejecución | 59 |
| | 4.6.5 evaluación | 59 |
| | 4.7 daños a la salud | |
| | 4.7.1 generalidades | 61 |
| | 4.7.2 fisiopatología | 63 |
| | 4.7.3 valoración y diagnostico de HIC | 66 |
| | 4.7.4 tratamiento de HIC | 72 |
| | 4.7.5 resultados de HIC | 77 |
| | 4.8 consideraciones éticas | 79 |
| | 4.9 ética en enfermería | 81 |
| | 4.10 legislación | 86 |
| | 4.11 decálogo del código ética | 89 |
| | 4.12 principios de enfermería | 90 |
| | 4.13 consentimiento informado | 93 |
| | 4.14 derechos de los niños | 98 |
| | 4.15 derechos de los niños hospitalizados | 101 |
| | DESCRIPCION GENERICA DEL ESTUDIO DE CASO | |
| | 5.1 ficha de identificación | 104 |
| | 5.2 motivo de consulta | 105 |
| | 5.3 valoración de enfermería | |
| | 5.3.1 inspección general | 106 |
| | 5.3.2 factores básicos condiciones | 107 |
| | 5.4 requisitos de autocuidado universal | 111 |
| | 5.5 requisitos de autocuidado del desarrollo | 113 |
| | 5.6 requisitos de autocuidado de desviación de la salud | 115 |
| | 5.7 integrantes de la familia | 118 |
| | 5.8 jerarquización de requisitos universales | 121 |
| | 5.9 fecha de detección y fecha de resolución | 122 |
| | 5.10 relación déficit y capacidad de autocuidado | 123 |
| | 5.11 prescripción de enfermería | 124 |
| | 5.12 valoración focalizada | 165 |
| VI. | PLAN DE ALTA | 177 |
| VII. | CONCLUSIONES | 183 |
| VIII. | GRAFICAS | 185 |
| IX. | BIBLIOGRAFIA | 189 |
| X. | ANEXOS | |
| | 10.1 instrumento de valoración | 192 |
| | 10.2 escalas de valoración | 213 |
| | 10.3 trípticos | 217 |

I- INTRODUCCION:

Para haber llegado a considerar a enfermería como profesión se tuvo que profundizar en la evolución histórica de enfermería, asociando las intervenciones de enfermería aplicando un cuidado de calidad con la instrucción formal impartida a partir de Florence Nightingale. El análisis de enfermería como profesión son los aspectos a considerar que aporta (Ellis y Hartley) conocimientos, metodología, nivel educacional, autonomía, ética, contribución social y compensación. Se cabe destacar que enfermería es una profesión joven, y que existen fundamentados elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose.

Enfermería posee un conjunto de conocimientos propios, adquiriendo estos de otras disciplinas, formándose un cuerpo de conocimientos, representantes de teorías y modelos que fundamentan el quehacer de la enfermera, con base científica. En 1952 Peplau, desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería.

El proceso de enfermería, consiste en la aplicación del método científico con un método sistematizado considerándose las etapas del proceso de enfermería que son; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, con estas categorías se permite fundamentar la práctica de los cuidados, con el propósito de mejorar la calidad de atención brindada a las personas.

Actualmente, cabe la necesidad que las enfermeras comiencen a vincularse con las universidades, obteniendo un grado de profesionalismo, enfermeras con nivel académico universitario establece un reconocimiento social, impartiendo cuidados de carácter humanista.

En la actualidad, enfermería funge con una autonomía, gracias a la independencia, a que asume riesgos y responsabilidades, todo en base a una formación de cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que no orientaras al quehacer de la enfermera y que fundamente la profesión, aplicando los cuidados en el objeto central del estudio, que es el cuidado del individuo o la comunidad.

En la medida que la enfermera se ha empoderado de los cuidados como su principal propósito, cuenta con argumentos teóricos, lo que la hace capaz de perfilar un quehacer autónomo e indelegable.

El Desarrollar un código de ética profesional el cual es el código de conducta en enfermería data desde las escuelas Nightingale, donde era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociación Nursing American (ANA) en 1950.¹

¹ Leddy S. y Pepler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª ed. México: OPS; 1989

Actualmente el documento en que el CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería es el Código deontológico. El *Código deontológico del Colegio Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería* tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética; enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión y enfermería y sus compañeros de trabajo.²

La profesión de enfermería es una profesión joven, que desde tiempos de Florence Nightingale, ha sido reconocida por su capacidad de atención y de ofrecer los primeros cuidados, que en ese entonces, se ofrecían de forma gratuita y de calidad, los estudiantes se capacitaban en los hospitales justificándose que se encontraban en formación, siendo de carácter teórico y práctico, que hasta hoy siglo XXI, sigue el mismo patrón de formación académica de carácter universitario, la continua capacitación se debe a la exigencia de la población, una sociedad dinámica y cambiante, sobre todo la aplicación de nueva tecnología, todo esto en conjunto conllevan a la enfermera profesional a enfrentar nuevos desafíos contando con una visión, estas exigencias han repercutido en la enfermera, de modo que necesitan en la actualidad superarse.

La EBE partió inicialmente del concepto de Medicina Basada en la evidencia, tras la definición del profesor Sackett en los años 90, de tal forma que su evolución posterior beneficio al concepto de EBE, al incorporar elementos adicionales que se referían no sólo a la disponibilidad de la mejor evidencia científica disponible a través de la investigación, sino la incorporación del empleo del propio juicio profesional derivado de la experiencia, las preferencias y valores de los pacientes y los recursos disponibles.

Ya no se aspira a garantizar cuidados básicos para toda la población, sino la prestación universal de servicios de alta calidad, definidos por criterios de efectividad y coste efectividad probados. Se potencia así elementos de racionalización coherente con los valores y preferencia del paciente para responder a una demanda creciente de servicios en un contexto de recursos limitados³.

La formación del profesional de Enfermería especialista en Pediatría pretende contribuir en la formación del Enfermero en esta área para que sea capaz de garantizar un nivel óptimo de cuidados al paciente pediátrico enfermo. Además fomenta el logro de destrezas personales en procedimientos necesarios para el tratamiento del paciente, promueve la investigación en Enfermería en esta área y estimula la lectura crítica de trabajos clínicos referente al área de la pediatría. Dicha formación permitirá a la enfermera actualizar sus conocimientos basados en la enfermería de la evidencia y poderlos utilizar en prestar una atención integral en el

² Consejo Internacional de Enfermeras CIE. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2006 [Consultado el 31 de Octubre del 2011].

³ Gené J, Contel JC. Prologo. En: Gestión en atención primaria. Gestión en Atención Primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial. Barcelona: Masson; 2001. p VII.

cuidado continuo. Pudiendo gestionar de forma eficaz los recursos, así como formar e investigar en el campo de la Enfermería.

Hay un dicho que dice "dime lo que lees y te diré quién eres". Parafraseándolo se podría decir: "Dime qué conocimientos aplicas en tus cuidados y cómo los empleas y te diré que clase de cuidados das"⁴

Las nuevas enfermedades pediátricas ha demandado a la enfermera a capacitarse y enfocarse valorando y previendo las necesidades en el niño sano o enfermo, actitud que implica una doble responsabilidad.

La Enfermera Pediatra, se ocupa de la asistencia integral del niño en sus diferentes etapas de la vida hasta que culmina su crecimiento, incluyendo todo cuanto se refiere a la prestación de cuidados para promover y proteger la salud, prevenir y curar la enfermedad, así como rehabilitar a los niños.

Mi centro de estudio es la persona y el autocuidado, este estudio que a continuación presento está enfocada en la teórica Dorotea Orem quien concibe que los cuidados enfermeros representan un servicio especializado, que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado.

La enfermera completa los déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona (Orem, 1993).

El presente caso se trata de un lactante con hemorragia intracraneana, a consecuencia de un probable maltrato infantil (SNS), mi papel como enfermera especialista, es llevar un seguimiento aplicando cuidados específicos, fundamentados con calidad minimizando las posibles complicaciones que alteran su crecimiento y desarrollo.

Mis acciones las fundamento con la teoría de Dorothea Orem, lactante totalmente dependiente del cuidador que en su caso es la madre y la enfermera, y el sistema de educación para la familia, detectando requisitos alterados y solucionarlos con el permiso de la familia y con el respeto que se merece cada uno incluyendo la integridad del menor.

⁴ Collière M-F. Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería. En : Promover la vida. (2ª ed) Madrid: McGraw-Hill-Interamericana ; 1997. p.241-284.

II- OBJETIVOS

General

Aplicación del proceso enfermero fundamentado con la Teoría de Dorotea Orem en el paciente lactante hospitalizado con un diagnóstico de Síndrome de Niño Sacudido, para la actualización de nuevos conocimientos, adquiriendo habilidades y destrezas con la aplicación del método clínico.

Específicos

- Valorar al paciente aplicando el método clínico y diferentes técnicas de recolección de datos, identificando los problemas y necesidades que alteran sus condiciones de mantener un equilibrio para su salud.
- Al detectar los déficits de autocuidado se concibe formular los Diagnósticos de enfermería con pensamiento crítico y juicioso.
- Realizar diagnósticos de enfermería acorde con los requisitos alterados.
- Elaborar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados a través de la tercera etapa del Proceso Enfermero, la planificación de cuidados.
- Ejecutar las acciones planeadas con respeto cuidando la integridad del paciente y de la familia, previendo las futuras limitaciones con la impartición de educación a la familia.
- Evaluar resultados de las acciones de enfermería aplicadas, llevando un registro de evolución.
- Aprender a investigar en fuentes bibliográficas de confianza.
- Cooperar para la adquisición de nuevos campos de conocimientos para el bien personal y de la comunidad.
- Proporcionar educación para la familia hacia el cuidado integral de menor y evitar la desviación de su salud.

III- Metodología

En el cuarto piso del Instituto Nacional de Pediatría se realizó la selección de un paciente lactante para el desarrollo de un estudio de caso, aplicando el instrumento de valoración de enfermería y el proceso enfermero con carácter científico, evaluando la calidad de atención, con el fin satisfacer las necesidades del paciente o enseñarle a cómo manejar su estado de salud, tomando como principio fundamental a la teórica Dorothea Orem.

Al seleccionarse al paciente, se mantuvo una plática con la familia para obtener el permiso del estudio de caso explicándose los objetivos específicos y generales, quien acepta firmando el consentimiento informado, posteriormente se integro a colaborar en las diferentes etapas del proceso enfermero, detectándose los requisitos alterados, estableciendo diagnósticos y un plan de cuidado que a lo largo de lo que dura el posgrado se evaluaran continuamente hasta el final o por determinación final del familiares aplicara un plan de alta.

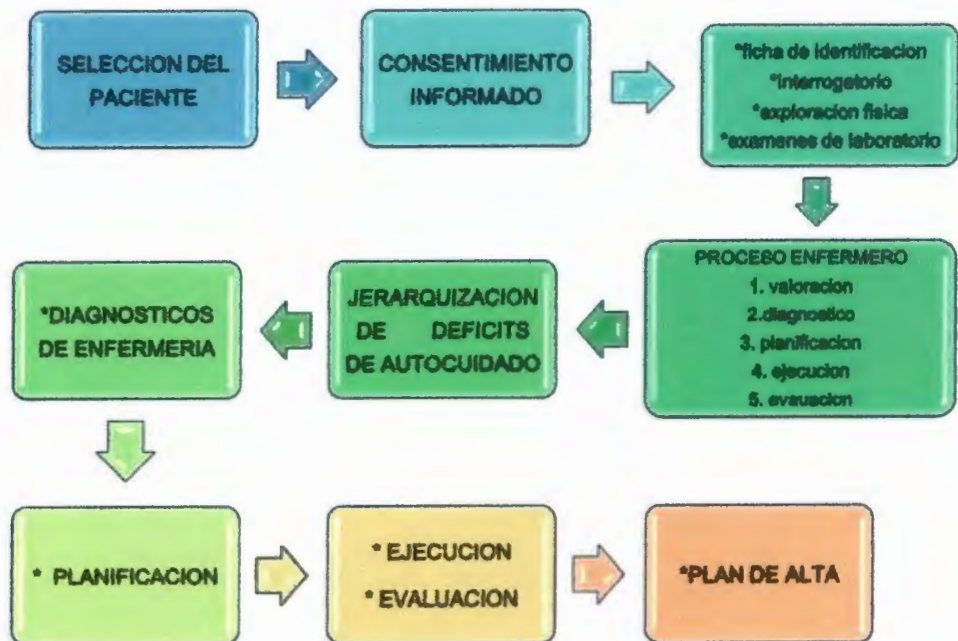


Figura 1: Metodología del estudio de caso
Elaborado por: Cintya Marlen Mejía Santana

IV- Fundamentación teórica del caso

4.1. ESTUDIOS RELACIONADOS

Al estudio de diversos casos relacionados al caso clínico, según Jose A Diaz Huertas destaca que los malos tratos a la infancia la promovían diferentes culturas, como es el sacrificio a los dioses, el infanticidio de niñas <<por no ser rentables>> (India), o de niños para regular el crecimiento de un pueblo (israelitas en Egipto), por presentar problemas de salud, deficiencias físicas, psíquicas o según sus criterios considerados niños débiles (Esparta), el maltrato como forma de educación, el derecho del padre sobre los hijos y sobre la hija en el incesto, culturas precolombinas (aztecas y sacrificios al dios Tlaloc al que sacrificaban niños, la mayor parte varones que, por lo general, compraban a los padres más pobres).⁵

Según DeMause, <<la historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace poco; cuanto más se retrocede en el pasado más expuesto están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror, y los abusos sexuales, y más bajo es el nivel de la puericultura>>.

En general, podemos clasificar los malos tratos en tres grupos:

Cuadro 2

| |
|--|
| <p>Prenatales:</p> <ul style="list-style-type: none">*<i>Gestaciones rechazados</i> <p>Sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal</p> <ul style="list-style-type: none">*<i>Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos</i> <p>Madres alcohólicas (sx alcohólico fetal), toxicómanas (sx de abstinencia neonatal), fumadoras</p> <ul style="list-style-type: none">*<i>Enfermedades de transmisión</i> <p>HIV/ SIDA, hepatitis B....</p> <ul style="list-style-type: none">*<i>Abortos</i> |
| <p>Posnatales:</p> <ul style="list-style-type: none">*<i>Acción-físicos</i> <p>Lesiones cutáneas (escoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones y síndrome de Munchausen por poderes.</p> <ul style="list-style-type: none">*<i>Omisión-negligencia</i> <p>No escolarización, desatención, abandono....retraso, crecimiento no orgánico</p> <ul style="list-style-type: none">*<i>Emocional</i> <p>Rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper, privación afectiva, abuso pedagógico...</p> <ul style="list-style-type: none">*<i>Abuso sexual</i> <p>Violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, estimulación sexual...</p> <ul style="list-style-type: none">*<i>Explotación laboral</i> <p>Mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante...</p> |

⁵ Juan Casado Flores. NIÑOS MALTRATADOS. Madrid 1997. Ed. Díaz de Santos

*Institucionales
Servicios sociales
Servicios sanitarios
Servicios escolares
Policiales-judiciales
Medios de comunicación social
Asociaciones

En la actualidad la violencia en México es un factor determinante de la deserción escolar e incluso, una causa importante de muertes infantiles. Miles de niños, niñas y adolescentes en México, crecen en un contexto de violencia cotidiana que deja secuelas profundas e incluso termina cada año con la vida de centenares de ellos.

Gran parte de esta violencia, que incluye violencia física, sexual, psicológica, discriminación y abandono, permanece oculta en ocasiones y desafortunadamente, es aprobada socialmente.

Alrededor del mundo la infancia sigue siendo amenazada y a pesar de los múltiples esfuerzos de la diversidad de organismos que velan por la protección de esta, mucho trabajo queda por hacer para asegurar su salud, educación, igualdad y protección⁶.

El último ejercicio censal realizado (2000) en nuestro país, registro 32.6 millones de infantes, esta cifra representa la tercera parte del total de la población en México.⁷

En el 2002 mediante el Programa de Prevención al Maltrato Infantil del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PRENAM), atendió en todo el país a 22 mil 463 infantes, cerca de la tercer parte de estos presento maltrato físico⁸.

Así mismo, el DIF-PRENAM recibió 23 mil 585 denuncias sobre maltrato infantil y se comprobó maltrato en 13 mil 332 casos.

El maltrato hacia los niños(as) proviene principalmente por el lado de la madre y éste se incrementa en mujeres que padecen violencia por parte de su pareja. En las mujeres víctimas de violencia conyugal, casi 5 de cada 10 son a su vez generadoras de violencia hacia sus hijos, contra 3 de cada 10 mujeres donde el cónyuge es quien los maltrata.

Hasta hace dos años el número de denuncias por maltrato infantil presentadas en el país fue de 38 mil 554, de las cuales poco más de 22 mil fueron situaciones comprobadas; el número de menores atendidos por diversos abusos fue de 36 mil 645. En estos casos predominaron la omisión de cuidados, las agresiones físicas y

⁶ Bellamy C. estado mundial de la infancia 2005, UNICEF, 2004.

⁷ INEGI: estadísticas a propósito del día del niño, datos nacionales, pag. 8, 2004

⁸ Dirección de Asistencia Jurídica, DIF. Porcentaje de menores atendidos por maltrato infantil según tipo de maltrato, por entidad federativa, 2001-2003, INEGI. www.inegi.gob.mx

las emocionales, la negligencia de sus familiares, los abusos sexuales y la explotación sexual comercial.

Del total atendido, las niñas encabezan las denuncias, con 17 mil 345, y los niños las secundan con 16 mil 877 acusaciones ante instancias judiciales.

De acuerdo con estadísticas del programa de Prevención del Maltrato al Menor (Premam) proporcionadas por la Red de los Derechos de la Infancia en México, los estados de México, Michoacán, Nuevo León, Puebla y Yucatán encabezan el número de las denuncias de menores por maltrato infantil, y las entidades con la mayor cifra de atenciones a menores agredidos son Chiapas, Guanajuato, Yucatán, México, Oaxaca, Sinaloa y Sonora.

Datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI), hace seis años la población de menores de 14 años en el país era de 32 millones 586 mil 973, de los cuales 16 millones 72 son mujeres y el resto varones.

En este marco poblacional, en el Distrito Federal la lista de los receptores de las agresiones la encabezan los hijos, seguidos por hijastros, sobrinos, nietos, hermanos primos y otros.

En la República Mexicana, del total de menores maltratados atendidos, la omisión de ciudadanos protagoniza la lista con poco más de 10 mil casos; la agresión física le sigue con 8 mil 638, los daños emocionales con 7 mil 749, la negligencia con 3 mil 25, los abandonos con 2 mil 824, el abuso sexual con mil 397, la explotación laboral con 283 y la explotación sexual comercial con 58.⁹

De este listado, las entidades federativas donde se atendió a más de mil menores maltratados son Chiapas, Yucatán, Guanajuato, México, Oaxaca, Sinaloa, Sonora, Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Chihuahua, Durango, Jalisco, Nuevo León, Puebla y Quintana Roo. El estado que presenta menores situaciones de violencia contra niños es Baja California Sur, con 59 casos.

En 1962 Henry Kempe y Silverman, acuñaron la expresión "síndrome del niño golpeado", basándose en características físicas presentadas en niños que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, Colorado. Se observó que los niños no sólo eran agredidos de forma física sino emocionalmente, por negligencia, por lo cual el término "golpeado" cambió a "maltratado"¹⁰.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños víctimas de maltrato como: " Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción

⁹ <http://www.jornada.unam.mx/2006/09/25/index.php?section=politica&article=024n1pol>

¹⁰ Instituto de la Salud Pública, *Maltrato infantil un problema mundial*, Vol. 40, no. 1, enero-febrero de 1998

u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”.

El maltrato infantil repercute directamente en el desarrollo integral del menor, en casos más graves produce severas lesiones corporales, afecta su salud y, en última instancia, puede provocar la muerte. También suele afectar su capacidad de aprendizaje y sus deseos de ir a la escuela. Las agresiones que sufren los menores con frecuencia los orillan a huir de sus hogares, refugiándose en la calle donde enfrentan peligros mayores. La violencia en el infante produce desconfianza en sí mismos y, generalmente, afecta su capacidad para convertirse en un buen progenitor en el futuro.

El registro sistemático sobre el maltrato a menores es muy reciente y la inconsistencia de algunas cifras expresa que no se le da la debida atención, probablemente se subestima, por lo que los registros no son claros sobre la cantidad de casos totales de menores maltratados, pues con frecuencia el total de casos atendidos es superior al de casos denunciados¹¹

El SNM es una realidad creciente a nivel mundial. El maltrato físico, un tipo de SNM, puede ocurrir en formas tan sutiles o graves que causen la muerte del menor.

El porcentaje de los menores agredidos varía de acuerdo al grupo de edad al que pertenece, durante este período tenemos que el 18.7% de los menores atendidos son de 0-3 años.

En general, se observa que los principales agresores de los menores se encuentran en el entorno cercano a los mismos, sea familiar, escolar o vecinal.

El radiólogo infantil J. Caffey en 1972 acuñó que el SMS es una rara forma de maltrato infantil caracterizada por la presencia en niños lactantes de hemorragias retinianas, subdurales y/o subaracnoideas, en ausencia de un traumatismo externo, o con signos mínimos de maltrato. A pesar del escaso conocimiento que se tiene del síndrome, puede afirmarse que es la causa más frecuente de traumatismos craneoencefálicos graves en el lactante, antes del año de edad. Lo cierto es que la frecuencia real del síndrome en la mayoría de los países occidentales es imprecisa, aunque se conoce que está subestimada, ya que se piensa que la tasa anual de incidencia se encuentra entre 11 y 24 de casos por cada 100.000 niños por debajo del año de edad.¹²

Estudios obtenidos en distintos países indican que, en los casos reportados, 1 de cada 4 bebés sacudidos mueren como resultado de la agresión, a la vez que sólo del 10 al 15% de los infantes se recuperan por completo.¹³

¹¹ Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004

¹² Campos, M. R. (2006). shaken baby syndrome. *Cuad Med Forense*, 40-43.

¹³ ITEM.

Cabe mencionar que los lactantes y niños pequeños son susceptibles al síndrome del bebé sacudido porque su cabeza es mucho más grande que su cuerpo, además de que sus músculos del cuello y hombros todavía son débiles y no se han desarrollado por completo (no son capaces de absorber o contrarrestar la fuerza a la que son sometidos).

Por lo que respecta, el quien sacude al bebe tiende a ser la pareja de una madre soltera, e incluso el padre del menor o en dado caso, el cuidador secundario del pequeño.

Las evidencias muestran que el maltrato infantil se observa con mas frecuencia en hogares disfuncionales, también se menciona que la agresión la puede ejecutar una persona que no ha dormido bien o que pasa por momentos de estrés, y que se encuentra con un bebe que no deja de llorar, puede sentir el impulso de sacudir al pequeño para callarlo.

En la mayoría de los casos, el daño generado por una sacudida violenta tiene como resultado manifestaciones propias de un bebe con síndrome de niño sacudido (SNS). Estas manifestaciones repercuten en su vida como a mediano plazo se observa la incapacidad para aprender, desarrollo lento, problemas de conducta, pérdida parcial de la vista y dificultad para alimentarse.

El mecanismo de la agresión es sobre un lactante con llanto incontrolado, inconsolable, al que una persona sostiene por el tórax y lo sacude bruscamente, con lo que se produce un mecanismo de aceleración-desaceleración de la cabeza que conduce por una parte a fracturas paravertebrales de las costillas, a hemorragias intracraneales y a lesiones oculares.

Las hemorragias retinianas están presentes en el 80% de los casos, y su presencia debe hacer sospechar la existencia de este síndrome ante la ausencia de cualquier otra causa.

En la mayoría de los casos, mas no siempre ocurre en los niños lactantes, los cuales tienen una desproporción exagerada entre el gran tamaño de la cabeza con respecto al resto del cuerpo, y un tono muscular insuficiente en los músculos del cuello, que no los permite soportar el peso y las oscilaciones de la cabeza. Como consecuencia de todo ello, tras la sacudida, se producen una serie de trastornos hipóxicos debidos a la dificultad respiratoria, que van a provocar alteraciones del centro respiratorio troncoencefálico, con frecuencia un edema cerebral, y hemorragias subdurales, con pequeñas contusiones parenquimatosas y múltiples hemorragias axiales adicionales.¹⁴

¹⁴ American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect (July 2001).

4.2 PARADIGMAS

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de preparadigma al de paradigma,¹⁵

En el trabajo que realizan los enfermos se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, los cuales en período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior.

PARADIGMAS

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas". En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

¹⁵ Marrineer Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcoort; 1998:55-56.

ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA SALUD PÚBLICA

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios."

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

- La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.
- El entorno, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- La salud, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y UNIDA A LA PRÁCTICA MÉDICA

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en *F. Nightingale*, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia

de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería.

La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson*, *H. Peplau* y *D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud"¹⁶.

Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton¹⁷:

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.

¹⁶ Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.

¹⁷ Marrineer Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcourt; 1998:55-56.

- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.
- Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad. Para King... " las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos."¹⁸

Como ya afirmaba *F. Nightingale* a mediados del siglo XIX,... "La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico".¹⁹

Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro del equipo de salud.

Desde las perspectivas actuales, el personal de enfermería es un diseñador y director de los cuidados mediante el método de enfermería, que incorporado en el trabajo diario ha permitido que la atención que se brinda se desarrolle con una base sólida, que mejoren las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de

¹⁸ Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.

¹⁹ Auto percepción del rol enfermero en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*.1998;(8): 12-17.

enfermería de las personas, familias y comunidades, con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

Los paradigmas presentan visiones desde sus componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos y por la relación sujeto/objeto. Los paradigmas en investigación no deben presentar un obstáculo en el desarrollo de la ciencia. Enfermería no ha sido ajena al desarrollo histórico social de los paradigmas; muestra de ello es la producción, tipo y enfoque de las investigaciones realizadas en sus diferentes momentos. Un paradigma no es mejor ni peor entre si, uno prevalece ente otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades (prisma) de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio.²⁰

²⁰ ZAIDER TRIVIÑO V. y OLIVIA SANHUEZA A. PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. 2005:, 17-24

4.3 ESCUELAS DEL PENSAMIENTO

Son numerosas las teoristas (Meleis, Holter, Clare, McLean, Hikari, Meyer, Bevis y Murray) de Enfermería que sostienen que la autonomía profesional pasa por la práctica de una educación crítica y emancipatoria, que permita al profesional superar las contradicciones que experimenta al mostrarse crítico y en desacuerdo con la aceptación incondicional de las rutinas prácticas y la utilización del conocimiento creado por otros.

El dotar a la enfermería de un cuerpo de conocimientos y de intervenciones propias, ha sido una preocupación permanente para las enfermeras. Para algunas, el inicio se ubica en la figura de Florence Nightingale al dejar evidencia de sus observaciones; cambio el concepto de la Enfermería, la concebía como un servicio femenino a la humanidad, basado en la observación minuciosa y en la experiencia fundada, a fin de poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pudiera restablecer o conservarle la salud.

Según Kerouac (2005), las distintas concepciones sobre la disciplina pueden agruparse en seis escuelas de pensamiento, mismas que sustentan las bases filosóficas y científicas para la comprensión de los fenómenos de estudio e incorporar dicho conocimiento a la sintaxis disciplinar.

Las escuelas de pensamiento obedecen a criterios derivados del paradigma en el que se encuentren y en el devenir histórico que las caracteriza.

Estas son:

- *Escuelas de las necesidades*
- *Escuela de la interacción*
- *Escuela de los efectos deseados*
- *Escuelas de la promoción de la salud*
- *Escuela del ser humano*
- *Escuela del caring*

ESCUELAS DE PENSAMIENTO ENFERMERO

| NECESIDADES | INTERACCION | EFFECTOS DESEABLES | PROMOCION DE SALUD | SER HUMANO – UNITARIO | CARING O DESARROLLO HUMANISTA |
|---|---|--|--|---|---|
| <p>VirginiaHenderson, Dorotea orem, Faye Abdellah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Logro de la independencia y satisfacción de las necesidades humanas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Respirar normalmente ● Alimentarse e hidratarse ● Eliminar ● Moverse y mantener una posición adec. ● Dormir y descansar ● Vestir y desvestirse ● Mantener una temperatura corporal ● Estar limpio y | <p>HildegardPeplau, Josefine y Loreta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelvee; Ernestina Wiedenbach, Inogene King</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>El cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerla ayuda</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peplau: <i>Orientación:</i> para clarificar las necesidades de ayuda y la búsqueda de los recursos necesarios <i>Identificación:</i> la</p> | <p>Callista Roy Dorothy Jonson, Bety Neuman.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Se fundamenta en la teoría de adaptación, desarrollo y sistemas.</p> <p style="text-align: center;"><i>Mecanismos de adaptación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fisiológicos ▪ Autoimagen ▪ De función ▪ interdependencia <p style="text-align: center;">↕</p> <p>Restablecer un equilibrio, estabilidad, homeostasis o preservar la energía</p> <p style="text-align: center;">↕</p> <p>Roy: persona ser biopsicosocial que</p> | <p>Madeleine Leininger, Mayra Allen</p> <p style="text-align: center;">↕</p> <p>El entorno constituye el centro de la reflexión, puesto que es en el donde se ubican los factores condicionantes del proceso de salud enfermedad; distingue el enfoque social y cultural de la salud y no solo el carácter biológico, el papel del aprendizaje en la consecución de la autonomía de la persona en su relación con las instituciones.</p> | <p>Martha Rogers</p> <p style="text-align: center;">↕</p> <p>Salud y enfermedad son expresiones del proceso de vida y no están ni opuestas ni divididos, la salud es la realización continua de uno mismo y como ser humano unitario, y la enfermedad es parte de la salud.</p> | <p>Watson: enfermería como ciencia humana y arte</p> <p>Leininger: propone una visión culturista de la salud y la enfermedad, modificar las conductas culturales a partir de los aprendizajes significativos</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Enfermería como cuidado en esta sociedad en constante transformación.</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| <p>aseado</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evitar los peligros del entorno ● Comunicarse con otras personas ● Practicar su religión y actuar según sus creencias ● Ocuparse de manera que se sienta útil ● Participar en actividades recreativas ● Aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad <p style="text-align: center;">↕</p> <p>Dorothea Orem: el autocuidado es una acción aprendida por una persona en su contexto sociocultural de manera voluntaria y deliberada</p> | <p>persona plantea su necesidad de ayuda y su respuesta puede ser de interdependencia, dependencia o independencia</p> <p><i>Profundización:</i> la persona aprovecha al máximo su relación con la enfermera</p> <p><i>Resolución:</i> significa la satisfacción de las necesidades antiguas y resurgen otras</p> | <p>está en interacción constante con su entorno, que a su vez está en constante cambio y es la persona que se adapta a los cambios del entorno o responde a sus estímulos a través de mecanismos de adaptación y la adaptación depende de los estímulos y del nivel de adaptación.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Los principios de humanismo y las necesidades de Maslow son la base de esta teoría.</p> | <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Enfermería recurso primario de salud para las familias y comunidad.</p> | | |
|--|---|--|--|--|--|

FIGURA 2: LEO. CINTYA MARLEN MEJIA SANTANA

4.4. TEORIA DE ENFERMERIA SOBRE EL AUTOCUIDADO

INTRODUCCION:

- Nació en Baltimore, Maryland, en 1914.
- Se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930.
- Fuente teórica dada por las enfermeras con que se relacionó durante su vida profesional.
- Dorothea Orem inicio su carrera como enfermera a comienzos de la década de 1930, después de obtener su diploma RN¹ en el Providence Hospital School of Nursing, en Washington, D.C. ²¹
- Durante el año 1939 obtiene BSN y en 1945, MS en docencia de enfermería por la Catholic University of America en Washington, D.C.
- MSN en Educación de Enfermería se le otorga por la Catholic University of America, Washington, DC.
- La experiencia profesional en el área asistencial la desarrolló, en el servicio privado, en las unidades de pediatría, y adultos, siendo además supervisora de noche en Urgencias.
- 1940 -1949 es directora de la Escuela de Enfermería, Providence Hospital en Detroit.
- Durante el periodo 1949 -1957 trabaja en dirección de Servicios hospitalarios Indiana.
- Entre 1957-1960 es contratada en Washington D.C. por Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar como asesora del programa de estudios.
- En 1958, mientras trabaja como asesora en la Office of Education, Department of Health, Education, and Welfare, en la mejora de la formación de enfermeras, Orem comenzó su trabajo sobre su Teoría del Autocuidado
- 1959 Se desempeña como profesora adjunta en The Catholic University of América, más tarde ejerce como decana y después como profesora asociada de educación de Enfermería.
- Orem público por primera vez su concepto sobre la enfermería para proporcionar el autocuidado de un individuo en 1959 en su "Guides for Developing Curricula for Education of Practical Nurses", en una publicación del estado²².
- 1. EN 1971 desarrollo además sus ideas centrándose en el individuo en su *Nursing: Concepts of Practice*
- 2. En 1980 y 1985 perfecciono e incremento sus idea spara incluir el autocuidado en las familias, los grupos y las comunidades; la 4ª edición de su libro fue publicada en 1990.
- En 1971 escribe artículos para diferentes medios y publica su primer libro.

²¹ R.L. Wesley. (1993). *Teorias y Modelos de Enfermería*. Mexico : Mc Graw-Hill, Iiteramericana.

²² IBIMEN

- En 1976 recibe el Honorary Doctorates: Doctor of Science from Georgetown University.
- Durante 1980 recibe el Honorary Doctorates: Incarnate Word College in San Antonio, Texas.
- En el año 1988 recibe Doctor of Humane Letters from Illinois Wesleyan University, Bloomington, Illinois.
- 1998 se le otorga Doctor Honoris Causae, University of Missouri-Columbia.
- Durante el año 2001 Dr. Orem reside en Savannah, Georgia continua activa desarrollando su teoría.
- Ha completado la 6th edición Nursing: Concepts of Practice, publicado por Mosby, enero 2001
- Fallece el 22 de junio del 2007.

Entre las autoras a las que hace referencia se encuentran: Nightingale; Peplau; Rogers; Roy; Orlando, etc.

La visión filosófica del Modelo la identifica como una visión de realismo moderado que fue descrita por Wallace Bamfield, quién describe la visión de los seres humanos como "seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en procesos de conversión y que poseen libre voluntad así como, otras cualidades humanas esenciales".

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

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

En el termino autocuidado, la palabra *auto* se utiliza en el sentido del *ser humano completo*. El autocuidado comporta la connotación dual de <<para uno mismo>> y <<realizado por uno mismo>>. El proveedor de cuidados a un lactante, a un niño, o a un adulto dependiente es denominado con el termino general de *agente de cuidado dependiente*. El término *agente* se usa en el sentido de *persona que lleva a cabo la acción*. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar²³.

El **cuidado** dependiente es una actividad, realizada por adultos responsables para individuos socialmente dependientes.

²³ Orem, D. E. (1993). *MODELO DE OREM. conceptos de enfermería en la practica*. España: Masson.

Las enfermeras legítimas son personas que tienen los grupos de cualidades simbolizadas por el término <<agencia de enfermería>>, hasta el grado que poseen la capacidad y la voluntad de ejercitarlas para el conocimiento y satisfacción de los requerimientos de enfermería existentes y los que empiezan a surgir en las personas con déficit de autocuidado o de cuidado dependiente relacionados con la salud.

La agencia de enfermería es una compleja propiedad o atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras que, cuando la ejercitan, las capacita para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de auto-cuidado terapéutico, para cubrir las demandas de auto-cuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de auto-cuidado o su agencia de cuidado dependiente.

La agencia de autocuidados es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de auto-cuidado terapéutico, (requisitos de auto-cuidado, tecnologías, medidas de cuidados), la agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anterior por las personas que de ellos dependen.²⁴

²⁴ Orem, D. E. (1993). *MODELO DE OREM. conceptos de enfermería en la práctica*. España: Masson.

✦ La teoría del autocuidado

Las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al automantenimiento y a la salud y bienestar personal.

Los requisitos reguladores son de tres tipos: requisitos requeridos universalmente por todos los individuos independientemente de su edad; requisitos específicamente reguladores de los procesos de desarrollo humano; y todos los que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas y los cuidados de salud asociados.

Requisitos de auto-cuidado

1. son las acciones o medidas utilizadas para proporcionar auto-cuidado; también se les denomina necesidades de auto-cuidado.
2. Consta de tres categorías:

Universales: (requisitos comunes en todos los individuos, como el mantenimiento del aire, el agua, la ingestión de alimentos y la eliminación; actividad equilibrada, descanso, aislamiento interacción social; y la prevención de accidentes y promoción de la normalidad)

Desarrollo: requisitos de auto-cuidado universales específicos consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos desarrollados como resultado de una situación o un suceso, tales como la adaptación a la pérdida de la esposa o a cambios de la imagen corporal.

Desviación de la salud: requisitos que son el resultado de una enfermedad, lesión o alteración o de su tratamiento; incluye acciones como la búsqueda de asistencia médica, la realización del tratamiento prescrito, y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad o del tratamiento.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Se identifican tres tipos de requisitos de auto-cuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud. Los tres descansan en las siguientes asunciones:²⁵

1. Los seres humanos por naturaleza tienen necesidades comunes para el aporte de materiales (aire, agua, alimentos) y para producir y mantener

²⁵ Orem, D. E. (1993). *MODELO DE OREM. conceptos de enfermería en la práctica*. España: Masson.

condiciones de vida que apoyen los procesos vitales, la formación y mantenimiento de la integridad estructural, y el mantenimiento y promoción de la integridad funcional.

2. El desarrollo humano, de la vida intrauterina a la maduración del adulto, requiere la formación y mantenimiento de condiciones que promueven los procesos conocidos de desarrollo en cada periodo del ciclo vital
3. Los defectos genéticos y constitucionales y las desviaciones de la integridad estructural, la funcionalidad normal y el bienestar, comportan requerimientos para: 1) su prevención, y 2) acciones reguladoras para controlar su extensión y para controlar y mitigar sus efectos.

Los requisitos de autocuidado son expresiones de los tipos de autocuidados intencionados que los individuos requieren. Cada tipo representa una categoría de acciones deliberadas a realizar por o para los individuos, debido sus necesidades funcionales y de desarrollo como seres humanos.

Son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desean obtener del compromiso deliberado con el autocuidado.

1. Los requisitos de autocuidados universales son comunes a todos los seres humanos durante las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales y otros. Están asociados a procesos vitales, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humano, y al bienestar general.
2. Los requisitos de autocuidado del desarrollo están asociados con los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital (p.ej., prematuridad, embarazo), y eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.
3. Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud están asociados con defectos constitucionales y genéticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales, con sus efectos y con las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Cuando estos tres tipos de requisitos se cubren de forma efectiva, dan lugar a concisiones humanas y ambientales que: 1) apoyan los procesos vitales; 2) mantienen las estructuras y funcionamiento humano dentro de los límites normales; 3) apoyan el desarrollo de acuerdo con el potencial humano; 4) previenen las lesiones y los estados patológicos; 5) contribuyen a la regulación o control de los efectos de las lesiones y patología; 6) contribuyen a la curación o regulación de los procesos patológicos y 7) promueven e bienestar general²⁶.

Desde la perspectiva de los cuidados preventivos de la salud, satisfacer de manera efectiva los requisitos de autocuidado universales y de desarrollo en los individuos sanos está idealmente en la naturaleza de la prevención primaria de la enfermedad y

²⁶ IDEM

de las alteraciones de la salud. Cubrir los requisitos de desviación de la salud puede ayudar en el control de la patología en sus primeros estadios (prevención secundaria) y en la prevención de defectos e incapacidades (prevención terciaria).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Se sugieren ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.

Normalidad: se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano u lo que está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y los talentos de los individuos.

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

Demanda de autocuidado terapéutico

1. Se refiere a aquellas actividades de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado
2. Implica la utilización de acciones para mantener la salud y el bienestar; cada una de las demandas de autocuidado terapéutico del paciente varía durante su vida.
3. Puede producirse un déficit de autocuidado cuando supera a la agencia de autocuidado del paciente

♣ LA TEORIA DE ENFERMERIA SOBRE EL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Déficit de autocuidado es la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento (pro) saludable. Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros.

Esto es que necesita a la enfermera para satisfacer los requisitos de autocuidado mediante cinco métodos de ayuda: actuar o hacer para guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente la capacidad del paciente para satisfacer sus demandas actuales o las futuras.

Esta teoría tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos como sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionadas con ella, para ocuparse de su auto-cuidado o del cuidado dependiente.

Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas practicas dentro del dominio y los limites de la enfermería están asociadas con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empiezan a surgir para el cuidado regulador de si mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado para controlar o manejar de alguna manera los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o del de las personas que dependen de ellos²⁷.

Las premisas subyacentes

1. Los seres humanos requieren aportaciones continuas y deliberadas, en si mismos y en su entorno, para permanecer vivos y funcionar de acuerdo con las cualidades de la naturaleza humana
2. La agencia humana, la facultad de actuar deliberadamente se ejercita en forma de cuidado a uno mismo y a otros para la identificación y producción de las aportaciones necesarias.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción en su propio cuidado y en el de otros, incluyendo la producción de las aportaciones para el mantenimiento de la vida y regulación de las funciones.
4. La agencia huna se ejercita e el descubrimiento, desarrollo y transmisión a otros de formas y medios para identificar las necesidades de aportaciones y producir las que sean necesarias para si mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para proporcionar cuidados a miembros

²⁷ IBIDEM, 24.

del grupo que experimentan carencias para producir las aportaciones deliberadas requeridas para sí mismos y para otros.

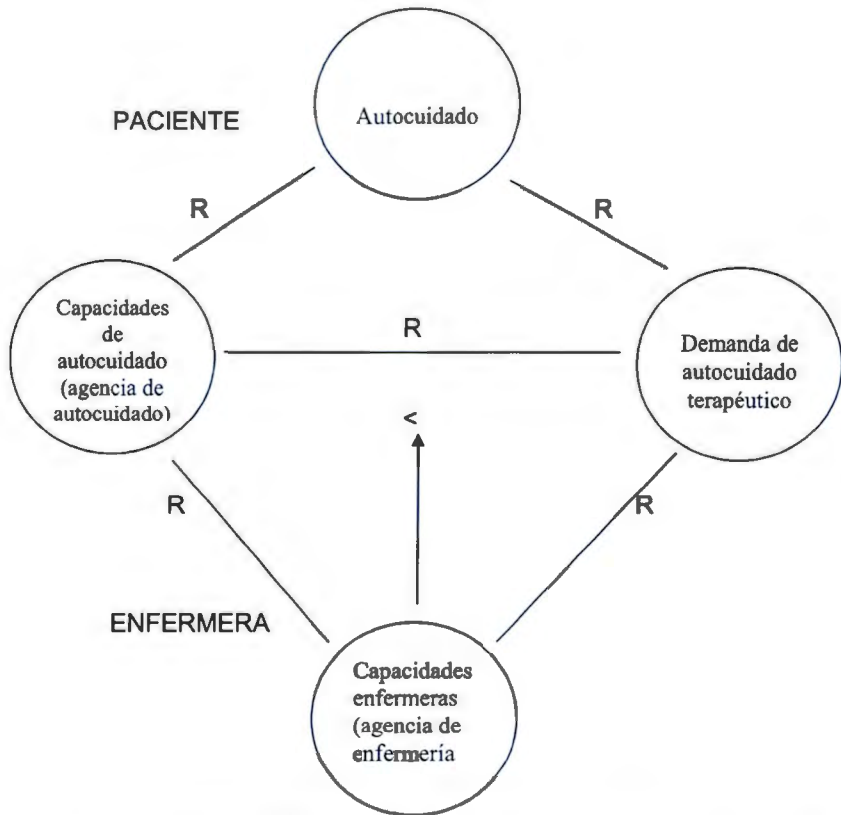


FIGURA 3: Orem, D. E. *MODELO DE OREM. conceptos de enfermería en la práctica.* España, (1993): Masson.

La unión de las tres teorías constituye una teoría general de enfermería, denominada teoría de enfermería del déficit de autocuidado.

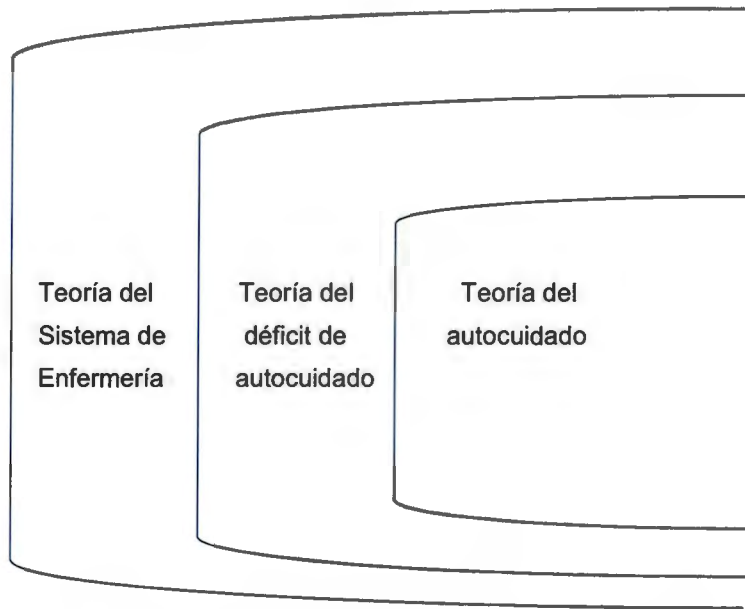


Figura 4: Teorías constituyentes, la teoría de enfermería del déficit de autocuidado

La teoría de enfermería sobre el **déficit de autocuidado** es una síntesis de los conocimientos sobre las entidades teóricas del autocuidado (y el cuidado dependiente), la demanda de autocuidado terapéutico, la entidad relacional del déficit de autocuidado, y la agencia de enfermería.

✦ LA TEORIA DEL SISTEMA DE ENFERMERIA

1. SISTEMA DE ENFERMERIA TOTALMENTE COMPENSATORIO

Se utiliza cuando la agencia de autocuidado del paciente es tan limitada que el bienestar de paciente depende de otros (un paciente inconsciente).

2. SISTEMA DE ENFERMERIA PARCIALMENTE COMPENSATORIO

Se utiliza cuando un paciente puede satisfacer parte de los requisitos de autocuidado, pero requiere de la ayuda de la enfermera para satisfacer otros; la enfermera y el paciente desempeñan los papeles principales en la realización del autocuidado (un paciente que puede bañarse pero que necesita ayuda para vestirse).

3. SISTEMA DE ENFERMERIA DE APOYO-EDUCATIVO

Se utiliza cuando un paciente puede satisfacer los requisitos de autocuidado pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta o en la adquisición de habilidades (un paciente con hipertensión controlada que busca información adicional de la enfermera sobre la dieta).

La teoría de sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las de la enfermera.

La conceptualización de los tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, de desarrollo y de desviación de la salud. Son conceptos secundarios dentro del amplio concepto de la demanda de autocuidado terapéutico; y cada uno de estos conceptos secundarios tiene una estructura que debe ser explicada²⁸.

²⁸ R.L.Wesley. (1993). *Teorias y Modelos de Enfermería*. Mexico : Mc Graw-Hill, Interamericana.

**ANALISIS CONCEPTUAL DE LA
TEORIA GENERAL DE ENFERMERIA DE
DOROTHEA OREM**

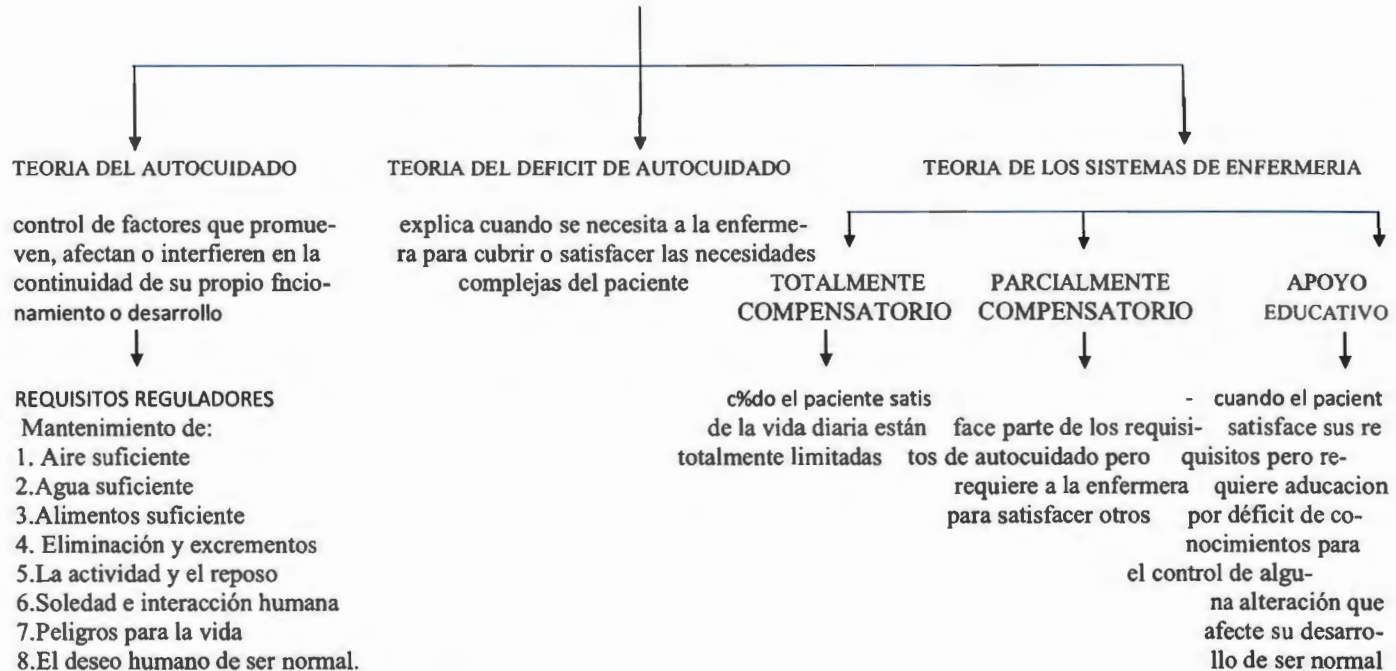


FIGURA 5: LEO. Cintya Marlen Mejia Santana

El autocuidado es una forma de cuidarse así mismo, pudiendo satisfacer en su totalidad los requisitos que llevamos a cabo día con día. Esto lo aprendemos desde que somos niños, imitando a adultos y formándonos literalmente como personas responsables de nuestra salud, controlando los factores internos y externos que puedan comprometer la vida y el desarrollo posterior. Me tomo la libertad de conceptualizar que estos factores internos y externos que rigen día con día nuestra función del ser normal son los descritos por la teórica Dorotea Orem: *Factores Básicos Condicionantes (edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación socio-cultural, factores del sistema de cuidado de salud, factores del sistema del familiar, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos)*, los cuales condicionan nuestro estado de salud sea positivo o negativo, estos factores son cíclicos, que cabe mencionar, somos personas con capacidades de razonamiento, libertad y voluntad para transformar aquellos hábitos que contribuyan a la salud y el bienestar o a la desviación de la misma, estas actividades se transforman en hábitos particulares de cada uno desde la infancia hasta la vejez.

Como menciona Orem, D. (1985): La enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando éste está seriamente afectado, la capacidad de acción desarrollada o en desarrollándose dañada de forma permanente o temporal, también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio²⁹.

²⁹ Orem, D. Nursing: Concepts of Practice. St. Louis, 1985. Mosby-Year Book.

La teoría de Orem y los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero ³⁰

- **Persona:** Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

- **Entorno:** es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. Puede afectar de forma positiva o negativa, a las capacidades de una persona para promover su autocuidado

- **Salud:** es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

- **Enfermería** como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

Orem la considera como un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros, se necesita de la enfermera cuando la demanda de autocuidado terapéutico necesitada para satisfacer los requisitos de autocuidado supera la agencia de autocuidado.

Enfermería tiene varios componentes: arte enfermero, prudencia enfermera, servicio enfermero, teoría de rol y tecnologías especiales. Además de que utiliza uno o más de los sistemas de enfermería en razón de las necesidades y las capacidades de autocuidado del paciente. Determina porque el paciente necesita cuidados, designa un sistema de enfermería y planifica la administración de los cuidados; e inicia, condiciona y controla las acciones enfermeras.

Orem hace la referencia de que la persona debe contar con la capacidad de toma de decisiones y con el “Poder” para autocuidarse, como se menciona a continuación:

Componentes de Poder

- La capacidad Intelectual
- El estado emocional
- El estado psicológico
- Los factores sociales
- Los factores económicos

³⁰ Orem, D. E. (1993). *MODELO DE OREM. conceptos de enfermería en la práctica*. España: Masson.

La persona debería tener la capacidad de:

- Mantener la atención
- Controlar la posición corporal
- Estar motivado
- Razonar
- Tomar decisiones
- Adquirir conocimiento y operativizarlo
- Ordenar acciones de autocuidado para conseguir objetivos
- Realizar/integrar operaciones de autocuidado en actividades vida diaria
- Regular energía para el autocuidado
- Utilizar habilidades para realizar el autocuidado
- El estado fisiológico

Cálculo de la Demanda de Autocuidado

- ✓ Estudio de los RAC (Estudio de c/u, de las interacciones, de los factores que influyen).
- ✓ RAC Universales
- ✓ RAC de Desarrollo
- ✓ RAC de desviación de la Salud.
- ✓ Estudio de la Capacidad de Autocuidado de la persona (determinará los DAC).
- ✓ ¿Qué prácticas de Autocuidado hace la persona?
- ✓ ¿Cuáles son las limitaciones de Autocuidado de la persona?
- ✓ Inferir entre las capacidades y las limitaciones de Autocuidado de la persona.
- ✓ Determinar la relación entre la toma de decisión del Autocuidado y las acciones de Autocuidado p/d
- ✓ Validar las inferencias por la observación, medición, etc.
- ✓ Determinar el conocimiento, capacidad y deseo de Autocuidado de la persona.
- ✓ Evaluar lo que la persona puede, no puede y debería hacer para satisfacer las NAC

4.5 RELACION DEL PROCESO ENFERMERO CON TEORIA DE DOROTEA OREM³¹

Orem utiliza el marco familiar del proceso de enfermería para organizar las actividades enfermeras. Aunque establece que los aspectos tecnológicos-profesionales del proceso de enfermería constan de cuatro operaciones designadas como <<diagnostico>>, <<prescripción>>, <<regulación o tratamiento>> y <<control>>, estas cuatro operaciones son similares al enfoque tradicional de valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Toma de Información

- 1. Evaluar las influencias biológicas, sociales, psicológicas y culturales en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
- 2. Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.
- 3. Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
- 4. Identificar las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender.
- 5. Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo.

“Valoración”

- 1. Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
- 2. Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.
- 3. Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
- 4. Apreciar el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
- 5. Identificar el nivel de desarrollo del paciente y de su familia.
- 6. Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
- 7. A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
- 8. Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia.
- 9. Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
- 10. Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en los déficit de autocuidado identificados.

³¹ S., C. (1993). Modelo Orem. Aplicacion practica. . Barcelona: Masson- Salvat Enfermeria.

“Diagnostico”

La Investigación del cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.

“Planificación”

- 1. Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado.
- 2. Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia.
- 3. Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.
- 4. Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar los déficit de autocuidado del paciente.
- 5. Proporcionar los recursos apropiados requeridos para el cuidado del paciente, incluyendo equipo y personal.

“Ejecución”

- Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
- Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
- Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
- Proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas limitaciones del autocuidado.
- Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes.

“Evaluación”

- Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.
- Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos.
- Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería.
- Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los resultados.

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

FIGURA 6: Paralelo entre el modelo Dorotea Orem y las etapas del Proceso Enfermero³².

³²(s.f.). Recuperado el 19 de noviembre de 2011, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php>: www.google.com.mx

4.6 PROCESO DE ENFERMERIA

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.

Más tarde Knowles (1967, pags.248-72), sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir (en inglés las cinco <<D>>: discover, delve, decide, di and discriminate).

Durante las primeras dos fases, se recogen datos sobre el paciente. En la tercera (decidir), se determina un plan de acción, y durante la cuarta (hacer), la enfermera ejecuta el plan, en la quinta, (distinguir), se valora la respuesta del paciente a las actuaciones realizadas.

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como >>la interrelación entre un paciente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante<< (WICHE, 1967). También en 1967, la Facultad de Enfermería de la Catholic University of América propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Como el proceso de enfermería se desarrolló de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería.

El concepto de diagnóstico en enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del paciente. El término no fue aceptado fácilmente, aunque muchos autores de enfermería consideraron el diagnóstico de enfermería como básico para la enfermería profesional (Durand y Prince 1966; Rothberg 1967). Aproximadamente una década más tarde, Bloch definió los términos que fueron cruciales en enfermería y encontró que el término de diagnóstico (en relación con la práctica de la enfermería) todavía era bastante controvertido (BLOCH 1974, pags. 689-94)³³.

³³ Kozier, Erb, Olivieri. ENFERMERIA FUNDAMENTAL. Conceptos, procesos y práctica. México, 1993. Cuarta edición. Tomo 1. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. Pp.181-189.

En 1973, Gebbie Y Lavin en St.Louis University School of Nursing ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clarificación de los diagnósticos de enfermería. Los participantes de esta conferencia definieron el diagnóstico en enfermería como la <<conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de la enfermería>> (Gebbie y Lavin 1975, pags. 70). Como consecuencia, las conferencias se celebraron cada dos años y han ganado en apoyo e interés. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), aunque reconociendo la participación y aportaciones de las enfermeras canadienses.³⁴

En 1980 la ANA declaró que la <<enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales>>. En 1982, el National Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del PE en términos propios de enfermería: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.

El PAE en el campo de enfermería es base fundamental de su campo ya que 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:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

La enfermera requiere capacidades técnicas, intelectuales y de relación, para utilizar el PAE.

Las capacidades de relación incluyen comunicación, escucha, expresión de interés, comprensión, conocimientos e información, desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que respete la individualidad del paciente, promueva la integridad de la familia y contribuya a la autosuficiencia de la comunidad. Las capacidades intelectuales incluyen la resolución de problemas, el pensamiento crítico, y el establecimiento de juicios de enfermería. La toma de decisiones se implica en todos los componentes del PAE (Yura y Walsh, 1988, pag. 108).

³⁴ IBIDEM, 21. Pp. 180.



Figura 6. Interrelación entre el paciente, la enfermería y el proceso de enfermería³⁵

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El desarrollo del PE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

³⁵ IDEM 21. P. 183

Las ventajas:

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

Para el paciente son:

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

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.
- Evita acciones legales (Philpott, 1985, pag. 79).

Las características:

- *Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- *Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- *Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- *Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- *Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada; que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- *Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

ETAPA DE VALORACIÓN

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

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

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

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

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

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por

el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- >Confirmar los problemas de salud que hemos detectado
- >Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente
- >Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido
- >Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente

En la recogida de datos necesitamos:

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

Tipos de datos a recoger

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

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

Los tipos de datos:

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

-datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento.

-datos históricos (antecedentes): Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas) .

-datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos

*Método clínico

1. Entrevista Clínica:

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

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- ✓ Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- ✓ Facilitar la relación enfermera/paciente.
- ✓ Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- ✓ Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

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

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),

Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales,
- La forma de estar y la posición corporal,
- Los gestos,
- El contacto físico,
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

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

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

2. La observación :

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

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

3. La exploración física :

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

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Método clínico:

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 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.

Formas de abordar un examen físico: céfalo-podalico, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud :

Céfalo-podalico: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

VALIDACIÓN DE DATOS:

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

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

4. 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).

La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial.

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

- ✓ Datos de identificación.
- ✓ Datos culturales y socioeconómicos.
- ✓ Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas 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, Tomás Vidal (1994).

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN :

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

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

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

a) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

- b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, <<normal>>, <<regular>>, etc.
- d) Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma, tamaño, etc.
- e) La anotación debe ser clara y concisa
- f) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- g) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente.

ETAPA DEL 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.

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.

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.

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

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

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 que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- ✓ Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- ✓ Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- ✓ Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- ✓ 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.

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:

- Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
- 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:

- identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia

- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

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

- 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.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- 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.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Tipos de diagnósticos:

Real:

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo:

Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" .

Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible:

Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar:

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados.

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.

VENTAJAS DE USAR LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Facilitan la comunicación entre las enfermeras y con otros miembros del equipo de salud. Un diagnóstico identifica el estado de salud del paciente, sus fuerzas y sus problemas de salud.
- Fortalecen el proceso de enfermería y aportan la dirección para la planificación de las actuaciones independientes de enfermería
- Facilitan la actuación de enfermería cuándo un paciente se traslada de una unidad hospitalaria a otra o del hospital a su domicilio. Los diagnósticos de enfermería guían la planificación de las actuaciones de enfermería que el paciente precisa después de la salida.
- Ellos favorecen la comprensión de la atención sanitaria identificando, legalizando y respondiendo a los problemas específicos de salud (Risner, 1986b. pag.151).

Figura 7. Kozier.Erb. Olivieri. ENFERMERIA FUNDAMENTAL. Conceptos, procesos y practica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices³⁶:

- 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.

-La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

-Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

-Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

-No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

-No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

-No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

-No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

-No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Los errores diagnósticos más comunes

- ✓ -Escribir la respuesta de paciente como una necesidad en vez de como un problema
- ✓ -Usar planteamientos de juicio mental
- ✓ -Situarse la etiología antes de la respuesta del paciente
- ✓ -Usar planteamientos que no aporten ninguna dirección a los planes de actuaciones independientes de la enfermería
- ✓ -Usar terminología médica en vez de terminología enfermería
- ✓ -Comenzar con el diagnóstico con una actuación de enfermería
- ✓ -Usar un solo síntoma como respuesta del paciente

³⁶ Kozier. Erb. Olivieri. ENFERMERIA FUNDAMENTAL. Conceptos, procesos y practica. Mexico, 1993. Cuarta edición. Tomo 1. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. Pp.214-215

ETAPA DE PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

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

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Planteamiento de los objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos 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

Normas generales para la descripción de objetivos

Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.

Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.

Elaborar objetivos cortos.

Hacer específicos los objetivos.

Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.

Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

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 se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.
- 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.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Objetivos del paciente:

Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del paciente son tres:

- ✓ Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- ✓ Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- ✓ Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

ACTUACIONES DE ENFERMERIA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnóstico enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- *Prescripciones enfermeras:* Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- *Prescripciones médicas:* Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

Tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS :

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS :

- **Individualizado:** Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

- **Estandarizado:** Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»

- **Estandarizado con modificaciones:** Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

- **Computarizado:** Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados,

ETAPA DE LA EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- ✓ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ✓ Realizar las actividades de enfermería.
- ✓ Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- ✓ Dar los informes verbales de enfermería,
- ✓ Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

ETAPA DE EVALUACIÓN

Evaluar es juzgar o valorar. Es la quinta y última fase y consiste en valorar el grado en que se han de logrado alcanzar los objetivos. La evaluación es fundamental en el proceso de enfermería, ya que las conclusiones que se sacan determinan si la intervención de la enfermera debe terminarse, revisarse o cambiarse.

Constituye un proceso continuo y terminal: continuo porque se realiza también durante la ejecución, donde la enfermera se pregunta cómo reacciona el paciente ante sus actividades, si las reacciones son las esperadas o no, etc.

Constituye un proceso terminal porque después de que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos del paciente.

Las enfermeras aceptan las responsabilidades de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.

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

El proceso de evaluación tiene seis etapas:

- Identificar los criterios de resultado, que se utilizara para determinar el grado de alcance de los objetivos
- Recoger datos en relación con los criterios
- Comparar los datos con los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado

- Relacionar las actividades de enfermería con los resultados
- Analizar el plan de cuidados de los pacientes
- Modificar el plan de cuidados

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

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

Observación directa, examen físico.

Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

Observación directa

Entrevista con el paciente.

Examen de la historia

3.- Conocimientos :

Entrevista con el paciente

Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

Información dada por el resto del personal

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

Entrevista con el paciente.

Información dada por el resto del personal

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

Medir los cambios del paciente/cliente.

En relación a los objetivos marcados.

Como resultado de la intervención enfermera

Con el fin de establecer correcciones.

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

4.7 DAÑOS A LA SALUD

En el niño, el cráneo es un espacio incomprensible. Está lleno de tejido cerebral que es el 80% - 90% (1,400ml) de su volumen, volumen extracelular de un 10 a 15%, volumen sanguíneo cerebral de un 5 a 10% y líquido cefalorraquídeo (LCR), que corresponde a 75 l aproximadamente.

En condiciones normales el volumen intracraneal se mantiene constante con presión intracraneal menor a 15mm de Hg. Puede fluctuar según la posición de la cabeza, maniobras de Valsava, respiración, pulso y presión arterial.

Cualquier modificación de los volúmenes anteriores causa aumentos notorios de la PIC. El volumen de tejido cerebral es regulado por la barrera hematoencefálica (BHE), que es un endotelio altamente especializado rodeado de pericitos y astrocitos.³⁷

El niño maltratado constituye la principal causa de lesión craneal grave en lactantes en la forma de síndrome del niño sacudido, en los primeros seis meses de vida, donde existen dos tipos de lesiones provocadas por el mismo; el traumatismo craneal con manifestaciones externas, habitualmente fracturas de los huesos del cráneo, lineales, ocasionalmente deprimidas o conminutas, y las lesiones exclusivamente intracraneales producidas por *sacudida* o por *impacto*.

Un niño o bebé al que le han sacudido tiene presión en el cerebro y signos y síntomas como los menciona la American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect (July 2001):

- Irritabilidad extrema
- Apneas
- Letargos
- Vómitos
- Poco apetito o problemas para alimentarse
- Dificultades para respirar
- Convulsiones (ataques)
- Letargo (cansancio extremo, falta de movimiento, inhabilidad para mantenerse despierto)
- Piel de color pálido – o azul
- Magulladuras, como por ejemplo las marcas donde se le agarró, en los brazos o pecho
- Una frente que parece más grande de lo normal, o una fontanela que parece sobresalir
- Incapacidad para levantar la cabeza
- Temblores (la temblona)
- Incapacidad para concentrarse o seguir movimiento con sus ojos

³⁷ Jaime Forero, J. A. (2007). *Cuidado Intensivo Pediátrico y Neonatal*. Colombia: Mc Graw-Hill.

- Inconsciencia
- Coma

El shaken baby syndrome (SBS) o síndrome del niño sacudido (SBS) es una forma de abuso físico caracterizada por una constelación de signos clínicos que incluyen la presencia de un hematoma subdural o subaracnoideo o un edema cerebral difuso, y hemorragias retinianas, en ausencia de otras muestras físicas de lesión traumática. Las sacudidas por aceleración pueden potencialmente causar lesiones cervicales severas de la médula espinal o del tronco del encéfalo en el niño³⁸.

La sacudida consiste en el desplazamiento brusco del tronco hacia delante y atrás, lo que provoca movimientos de latigazo de aceleración o desaceleración de la cabeza con rotura de las venas cerebrales que hacen puente entre la duramadre y el cerebro; esto conduce a hemorragias retinianas, hematoma subdural o subaracnoideo, sin signos externos craneofaciales de traumatismo.



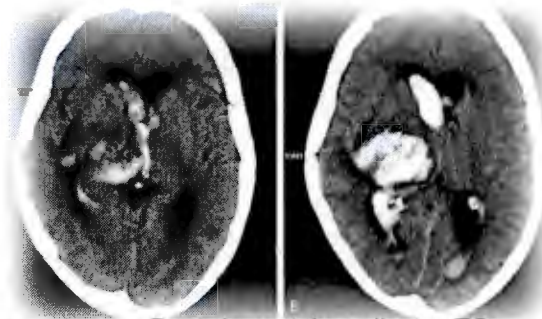
El hematoma intracraneal puede ser grande, sospechado por síntomas rápidos y graves que conducen al diagnóstico, o pequeño y no producir manifestación clínica inmediata, siendo un hallazgo en la TAC; esta exploración tiene una gran utilidad, habiendo demostrado ser muy sensible y específica para el diagnóstico de lesiones intracraneales provocadas.

³⁸

Campos., D. R. (2006). Shaken baby syndrome. *Cuad Med Forense* . 39.

FISIOPATOLOGIA DE LA HEMORRAGIA INTRACRANEANA

Aunque el encéfalo esta amortiguado por el liquido cefalorraquídeo que lo rodea en el espacio subaracnoideo, cualquier hemorragia importante dentro del cráneo relativamente rígido finalmente ejercerá presión sobre el encéfalo.



Inicialmente la hemorragia intracraneana se considero un evento monofásico donde el vaso responsable del sangrado se taponaba por el coagulo formado y dejaba rápidamente de sangrar.

Mediante tomografía computarizada se demostró que los hematomas son dinámicos

en el tiempo. Brott demostró mediante TC que las hemorragias crecen, y lo hacen sobre todo en las primeras horas (26% en la primera hora y un 38% en las primeras 20 horas). La HTA aguda y el déficit de coagulación local pueden estar asociados con la expansión del hematoma. Este mecanismo es el responsable del deterioro neurológico durante las primeras 24 horas³⁹.

La presencia del hematoma cerebral inicia edema y daño neuronal en el parénquima circundante. El edema se inicia a las 24-48 horas de la hemorragia y se mantiene más allá de los 5 días, pudiendo observarse incluso hasta pasadas dos semanas.

La hiperglucemia puede desempeñar un papel importante en la fisiopatología del edema cerebral precoz, como fuerza osmótica, que conduce el agua hacia el espacio extracelular. Este parámetro ha sido considerado como un marcador pronóstico de mortalidad a los 30 días en pacientes con hemorragia intracerebral⁴⁰.

Es imprescindible realizar una exploración neurológica completa que incluya el estudio de fondo de ojo para ver las alteraciones retinianas producidas por HTA. La disminución del nivel de conciencia es más frecuente en la HIC que en otros subtipos de ictus. Aparece en el 42-78% de los pacientes y es efecto directo del aumento de la presión intracraneal (PIC) y de la compresión o distorsión del tálamo y sistema activador reticular del tronco cerebral; puede aparecer en hematomas de cualquier localización, aunque un coma desde el inicio es más frecuente en hemorragias de fosa posterior. La cefalea se presenta en el 50% de los pacientes, se inicia de forma súbita y es de carácter pulsátil, de gran intensidad y larga duración. Los vómitos son más frecuentes en el ictus del territorio posterior, y también se deben al aumento de la PIC. La disfunción neurológica focal depende de la localización del hematoma y

³⁹ Alvarez, D. E. (2008). ACTUALIZACION EN HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTANEA.

⁴⁰ IDEM.

del efecto masa que induce. Las hemorragias supratentoriales tienen déficits sensitivo-motores contralaterales de diferente grado, dependiendo del nivel de afectación de la cápsula interna. Las infratentoriales cursan con signos de disfunción del tronco y afectación de pares craneales. La ataxia, nistagmus y dismetría son frecuentes en la localización cerebelosa⁴¹.

En la fase aguda las convulsiones aparecen en el 515% de los pacientes, pudiendo ser la primera manifestación. Suelen ser de origen focal y casi exclusivas de las hemorragias supratentoriales, no influyendo en su presentación el tamaño del hematoma. Cuando hay afectación insular o compresión de tronco cerebral hay un aumento de la actividad simpática que favorece la aparición de lesiones miocárdicas y arritmias cardíacas malignas, pudiendo ser causa de muerte súbita. También puede aparecer fiebre por afectación del centro termorregulador hipotalámico y liberación de mediadores pro-inflamatorios inducidos por la necrosis celular. La rigidez de nuca se presenta en las hemorragias con apertura al sistema ventricular o al espacio subaracnoideo.

Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes con HIC sufre un deterioro neurológico en las primeras 24 horas debido al crecimiento del hematoma, al aumento de sangre ventricular y al edema precoz. Más infrecuente es el deterioro tardío, que se produce entre la segunda y tercera semana de evolución, y que está en relación con una progresión del edema y con sangrado⁴².

La hemorragia intracraneal puede ser resultado del traumatismo o lesiones vasculares cerebrales. Aquí se consideran cuatro variedades: (1) epidural, (2) subdural, (3) subaracnoidea y (4) cerebral⁴³.

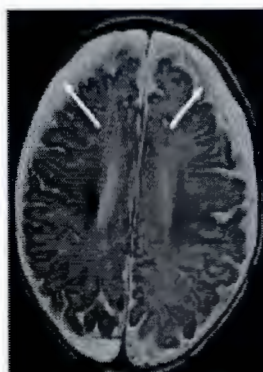


Figura 1. Caso 4. T2 axial. Colecciones subdurales (flechas blancas) y fractura traumática (flecha negra).

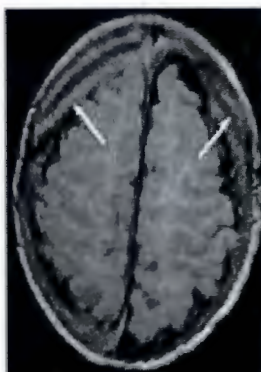


Figura 2. Caso 4. FLAIR axial. Colecciones subdurales (flechas blancas) con diferente intensidad de señal (dado que corresponden a traumas de diferente data) (flecha negra).

La contusión cerebral: definida como una lesión hemorrágica necrótica de localización en los surcos pero extendiéndose a la materia blanca subcortical. Se presenta más en lóbulo frontal y temporal que son las áreas cerebrales en contacto con las protuberancias óseas. Se caracteriza por el estado mental alterado, LCR rosado y déficit motor. Si la contusión es importante puede producir efecto de masa y causar herniación y compresión del tallo cerebral.

⁴¹ IDEM, 50.

⁴² Alvarez, D. E. (2008). ACTUALIZACION EN HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTANEA.

⁴³ Richard E. Behrman, R. M. (2002). *Nelson Compendio de Pediatría*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

Hematoma epidural agudo: es de origen arterial, venoso o diploico. Ocurre por impacto en parietales que produce desgarramiento de la arteria meníngea media, arterias o venas durales. Presenta pérdida de conciencia, seuida de estado mental normal con depresión secundaria y aparición de hemiparesia en el lado contrario al del hematoma, bradipnea, respiración de Cheynes-Stokes y anisocoria de rápida aparición y evolución, pupila fija en el lado del trauma es característico, y por ultimo paro respiratorio que pueden llegar al paro cardiaco. Es una urgencia médica y quirúrgica máxima: un niño puede perder la vida en minutos⁴⁴.

Hematoma subdural agudo: hay cantidad variable de sangre en espacio subdural acompañado de contusión cerebral. Se debe a ruptura de las venas de unión entre la corteza y la dura o secundario a laceración de arterias corticales, con una mortalidad del 60%. El cuadro clínico es secundario a la contusión cerebral. Puede diagnosticarse cuando hay una colección sanguínea importante. Tiende aparecer anemia, vómitos, convulsiones y macrocefalia.

Hemorragia subaracnoidea: las convulsiones son una manifestación inicial frecuente, usualmente no requiere tratamiento y puede no poner en peligro la vida. El tratamiento es el de las convulsiones y debe dirigirse a corregir una posible hidrocefalia poshemorrágica (no comunicante) si un coagulo obstruye el tercer o cuarto ventrículos. O hidrocefalia comunicante sino se obstruyen las vellosidades aracnoideas⁴⁵.

Hemorragia parenquimatosa: son secundarias a laceración o contusión del cerebro, con lesión de los vasos profundos cerebrales. Los sangrados ventriculares se producen en traumatismos de cráneo muy graves y tienen un mal pronóstico.

⁴⁴IBIDEM,37.

⁴⁵Fascinetto.et.al., G. V. (2008). *PAC Pediatría 5*. Mexico: Intersistemas.

VALORACION Y DIAGNOSTICO HIC

Aunque tanto la tomografía computarizada (TC) como la resonancia magnética (RM) craneal pueden utilizarse en el diagnóstico de la HIC para determinar su tamaño, localización y crecimiento del hematoma, la TC sigue siendo la técnica de elección, ya que presenta una sensibilidad y especificidad cercanas al 100%. La TC documenta la evolución del sangrado y permite controlar el tamaño y aumento de la hemorragia, donde una parte importante de los pacientes presentan un incremento del volumen de la hemorragia en el control realizado a las tres horas del inicio de los síntomas. La angio-TC puede identificar una malformación arteriovenosa (MAV) y aneurismas, aportando en estos casos una información detallada. Además la TC es preferible para demostrar la presencia de HV, mientras que la RM y la angio-resonancia (ARM) es superior para determinar la edad evolutiva del hematoma, detectar lesiones subyacentes como cavernomas, delimitar el edema perihematoma y evitar en algunos casos la realización de arteriografía cerebral. En la práctica clínica se utiliza de urgencia fundamentalmente la TC por su menor tiempo de exploración y mayor disponibilidad⁴⁶.

La arteriografía cerebral está indicada en casos de hemorragia subaracnoidea asociada, presencia de calcificaciones anormales, alteraciones vasculares y hemorragias de localización no habitual. Además debe valorarse en todos los pacientes con hemorragias de etiología no aclarada, sobre todo si son jóvenes y están clínicamente estables.

La disminución del estado de conciencia y las convulsiones son los dos signos clínicos más aparentes del daño neurológico de cualquier etiología. El primero debe objetivarse a través de algunas de las escalas de medición del coma, de las que la escala de Glasgow es la más conocida⁴⁷. Como esta escala se basa en la respuesta verbal o dolorosa y los niños, especialmente los más pequeños, no obedecen a órdenes verbales ni responden con palabras, se han ideado diferentes escalas pediátricas, siendo la más usada la escala de Glasgow modificada para lactantes estas escalas miden la profundidad del coma entre 3 y 15:

⁴⁶ IBIDEM, 50.

⁴⁷ scielo.isciii.es/scielo.php

| Puntuación | >1 año | <1 año |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Respuesta apertura ocular | Espontánea | Espontánea |
| 4 | A la orden verbal | Al grito |
| 3 | Al dolor | Al dolor |
| 2 | Ninguna | Ninguna |
| 1 | | |
| Respuesta Motriz | Obedece órdenes | Espontánea |
| 6 | Localiza el dolor | Localiza el dolor |
| 5 | Defensa al dolor | Defensa al dolor |
| 4 | Flexión anormal | Flexión anormal |
| 3 | Extensión anormal | Extensión anormal |
| 2 | Ninguna | Ninguna |
| 1 | | |
| Respuesta verbal | Se orienta – conversa | Balbucea |
| 5 | Conversa confusa | Llora – consolable |
| 4 | Palabras inadecuada | Llora persistente |
| 3 | Sonidos raros | Gruñe o se queja |
| 2 | Ninguna | Ninguna |
| 1 | | |

FIGURA 8: Tomado por Jennett B, Trasdale G. *Lancet*, 1997;1:878, y James HE *Pediatric Ann*, 1986; 15-16.
Puntuación mínima 3, máxima 15.

Dentro de la valoración neurológica, se toman en cuenta las pupilas donde, se examina el tamaño, la simetría y la reacción de las pupilas (nervios craneales III, IV, VI >>motilidad ocular, reflejos oculo-cefalicos, tamaño, simetría y reacción pupilar<<).

1. La dilatación unilateral (ninguna respuesta a la estimulación directa o consensual) de una pupila indica la compresión del III nervio craneal e implica una patología intracraneal significativa y la posibilidad de herniación inminente.
2. La dilatación bilateral de las pupilas es inquietante, y se debe a la compresión bilateral del III par craneal, anoxia o isquemia grave.
3. Se deben excluir las causas metabólicas y tóxicas de alteración pupilar.
4. La ausencia o debilidad en el movimiento de cualquier cuadrante puede indicar lesión cerebral grave o un atrapamiento orbitario.
5. Reflejos oculo-cefalicos (ojos de muñeca)

Otro aspecto de valoración con afinidad anatómica nos aporta el área del daño traumático:

- a) Cerebelo: coordinación del movimiento voluntario y nistagmo
- b) Motor: fuerza, tono y postura
- c) Sensación: dolor, temperatura, sensibilidad a la luz y distinción entre dos puntos

d) Reflejos: reflejos tendinosos profundos y simetría

En forma concomitante iniciamos el ABC de la reanimación, despejamos y normalizamos la vía aérea, e iniciamos infusión de líquidos IV buscando normalizar la presión arterial si está alterada. Estos niños con frecuencia tienen obstruida la vía aérea por su propia lengua, tienen trauma de la vía aérea o se bronco-aspiran por contenido gástrico.

Reanimación cardio-respiratoria del niño inconsciente

| | |
|---|---|
| Niño inconsciente, no responde, no respira y no tiene pulso | -dar 2 insuflaciones, pedir ayuda e iniciar RCP -la pérdida de calor puede dar lugar a una hipotermia -la RCP debe hacerse en un ambiente lo más cálido posible |
| Apertura de la vía aérea | -la tráquea del niño menor de 8 años carece de la resistencia cartilaginosa firme que tiene la del adulto, por lo que una excesiva hiperextensión podría colapsarla -apoyar los dedos sobre las partes blandas del cuello podría obstruir la vía aérea |
| Maniobras de la ventilación | -las insuflaciones serán suaves y lentas para evitar las altas presiones que favorecen el paso de aire al estómago y provocan distensión gástrica o neumotórax por excesiva elevación del diafragma |
| Desobstrucción de la vía aérea | -golpes interescapulares entre los omoplatos para no golpear la cabeza o la zona de inserción de las costillas - No presionar el xifoides ni el margen inferior de la caja torácica para evitar lesiones viscerales |
| Valoración de la frecuencia cardíaca | -No tomar el pulso a un lactante en la arteria carótida, debido al riesgo de desplazamiento de la tráquea y posterior oclusión de la vía aérea |
| Masaje cardíaco externo | La presión torácica se da en posición supina, suave y lenta. Evitar presionar el abdomen ante el riesgo de lesiones o de provocar un traumatismo costal |

Las hemorragias retinianas en menores de 3 años en ausencia de lesiones externas de TCE son casi específicas de maltrato y pueden ser objetivadas durante dos o más semanas; están producidas por la hipertensión de las venas retinianas secundarias a las fuerzas de aceleración y desaceleración, aplicadas a la cabeza; la hipertensión venosa se produce también en las maniobras de resucitación cardiopulmonar tras parada cardíaca, por lo que las hemorragias retinianas en estas situaciones no son sugestivas de maltrato⁴⁸.

Algunas lesiones externas pueden acompañar a los niños maltratados: hematomas, marcan contusiones cutáneas y cicatrices, fracturas de huesos largos. También debe hacer sospechar la etiología no accidental la presencia de alopecia por tracción provocada por el arrancamiento forzado del pelo; el hematoma subgaleal visible por radiografía simple del cráneo y mejor por TAC, producido por la tracción brusca del pelo, frecuentemente de una trenza; equimosis periorbitaria uni o bilateral (hematoma en antifaz).

Las convulsiones pueden clasificarse por el momento de aparición en inmediatas, precoces y tardías. Las primeras son inmediatas al traumatismo, dentro de los siguientes segundos, suelen ser generalizadas, producidas por la despolarización de la corteza cerebral (convulsión de impacto), remiten espontáneamente y no suelen tener trascendencia. Las convulsiones precoces aparecen dentro de las primeras 24 horas, son más frecuentes generalizadas (70 por 100) que localizadas y están producidas por lesiones focales del cerebral, alrededor de una de cada cuatro recidiva. Las convulsiones tardías aparecen en los días o semanas siguientes al TCE y suelen ser debidas a cicatrices, lo que requiere anticonvulsiones para prevenir las recaídas.

Los niños con convulsiones postraumáticas tienen doble riesgo de mala evolución que los que cursan sin crisis. Son más frecuentes en lactantes y niños pequeños, disminuyendo el riesgo de convulsionar con la edad; la frecuencia aumenta en los traumatismos más severos en los que se libera más energía.

Se distinguen tres tipos según la cronología de su aparición:

Inmediatas: consiste en atonía o hipertonía generalizada, simétrica y breve, pudiendo aparecer movimientos clónicos. No están asociadas a daño cerebral y no son indicación de tratamiento antoconvulsivante.

Tempranas: aparecen durante la primera semana, frecuentemente el primer día. Son debidas a la lesión cerebral secundaria. Un 10% llegan a producir un estatus convulsivo.

Tardías: después de una semana tras el traumatismo. Pueden ser parciales (46%), generalizadas (40%) o parciales complejas (14%). Se habla de epilepsia

⁴⁸ Fleisher Gary R., S. L. (1986). *Tratado de Urgencias Pediátricas*. Mexico: Interamericana S.A de C.V.

postraumática si se producen dos o más crisis postraumáticas tardías no inducidas por otra causa⁴⁹.

Las indicaciones en que la administración de medicamentos anticonvulsivantes son de utilidad:

1. Glasgow menor de 10
2. Contusión cerebral
3. Fractura de cráneo deprimida
4. Hematoma subdural
5. Hematoma epidural
6. Hematoma intracerebral
7. Herida penetrante
8. Convulsiones en las primeras 24 horas posteriores al TCE.

Evaluación analítica de las crisis:

La evaluación analítica completa de un niño en el que se ha iniciado un cuadro de crisis convulsivas requiere el recuento hemático completo; medición de parámetros bioquímicos sanguíneos como la glucosa, calcio, sodio, potasio, cloro, bicarbonato, nitrógeno ureico, creatinina magnesio y fósforo; el estudio toxicológico en sangre y orina; el análisis del LCR, así como el EEG y técnicas de imagen cerebrales⁵⁰.

Tratamiento antiepiléptico:

En los casos en los que está indicado el tratamiento, el objetivo es conseguir una función óptima. Es necesario comparar los riesgos de la medicación con los riesgos de las crisis. Inicialmente se debe elegir un solo agente debido a que esta actitud conlleva un menor coste económico, mejora del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente y disminuye los efectos tóxicos⁵¹.

Aproximadamente, en el 50% de los niños se consigue un control satisfactorio de las convulsiones mediante el tratamiento con un solo fármaco.

Se administra fenobarbital o fenitoina. La fenitoina se da con una dosis de carga de 18-20mg/Kg, IV, en infusión, en una hora y a partir de las 12-24 horas, dosis de mantenimiento de 10 mg/Kg/día, durante una semana. Debemos monitorizar niveles plasmáticos manteniéndolos entre 10 a 20 mg/mL.

Dada la larga semivida del fenobarbital, los niveles plasmáticos de este medicamento se pueden determinar en cualquier momento a lo largo del día. Los niveles de

⁴⁹Jaime Forero, J. A. (2007). *Cuidado Intensivo Pediátrico y Neonatal*. Colombia: Mc Graw-Hill.

⁵⁰Richard E. Behrman, R. M. (2002). *Nelson Compendio de Pediatría*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

⁵¹ IBIDEM.

carbamacepina y fenitoina, pueden presentar grandes variaciones entre los valores máximos y medios debido a que estos fármacos presentan una semivida más corta.

La duración del tratamiento antiepiléptico varía según el tipo de crisis, en los niños con convulsiones tónicas, clónicas y tónico-clónicas generalizadas, con crisis de ausencia y con ciertas formas de convulsiones parciales puede no ser necesario el tratamiento durante más de 2-4 años.

Como norma, los niños con alteraciones neurológicas, con convulsiones que son difíciles de controlar desde el principio y con patrones EEG persistentemente epileptiformes, son los que presentan un mayor riesgo de recidiva cuando se interrumpe el tratamiento.

Estabilizando el niño realizamos el asesoramiento secundario que busca lesiones secundarias en otros sistemas orgánicos. Localizadas y estabilizadas, procedemos a realizar el diagnóstico neurológico por imágenes.

CLASIFICACION DEL TCE EN ESCANOGRAFIA CEREBRAL

| CATEGORIA | DEFINICION |
|-----------------------------------|---|
| Lesión difusa Tipo I | Patología intracraneal no visible |
| Lesión difusa Tipo II | Cisternas presentes con desviación de línea media de 0-5 mm y/o densidades presentes no mayores a 25 ml. Puede incluir fragmentos óseos |
| Lesión difusa Tipo III | Compresión o ausencia de cisternas con desviación de línea media. Lesiones densas de 25ml. |
| Lesión difusa Tipo IV | Desviación de línea media mayor de 5mm, densidades mayores de 25ml. |

Figura 7: Jaime Forero, J. A. (2007). *Cuidado Intensivo Pediátrico y Neonatal*. Colombia: Mc Graw-Hill.

En el nivel III están los niños con Glasgow menor de 8 con lesiones en la escanografía que ameritan sedación y ventilación mecánica. Estos niños requieren el monitoreo de la PIC y la PPC por medio del catéter ventricular u oximetría de bulbo yugular.

TRATAMIENTO HIC

El tratamiento ideal busca evitar la lesión cerebral secundaria, reconocerla apenas se presente y tratarla tan pronto sea posible y evitar el empeoramiento del niño y los déficits neurológicos después de la recuperación.

Monitorización y tratamiento:

Los pacientes con HIC requieren una monitorización y tratamiento intensivo. Algunos estudios han constatado una disminución de la mortalidad cuando los pacientes están ingresados en áreas específicas de cuidados intensivos.

Al mismo tiempo se deben instalar líquidos IV, fijar cuello por métodos adecuados, poner en posición confortable, evitar maniobras dolorosas o que lo agiten.

El nivel de conciencia debe controlarse frecuentemente mediante las escalas habituales, *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) y la EG. Se debe monitorizar la saturación arterial de oxígeno y la tensión arterial (TA) intraarterial, sobre todo en aquellos pacientes que requieran tratamiento antihipertensivo endovenoso o en los que exista deterioro neurológico. Es necesario, igualmente, mantener una adecuada ventilación y oxigenación con intubación traqueal y ventilación mecánica, así como un control estricto de la situación hemodinámica para evitar daño cerebral secundario, sobre todo en aquellos pacientes que tienen la autorregulación perdida. En los casos graves será necesario monitorizar la PIC, y si existe hidrocefalia secundaria implantar un drenaje ventricular. El seguimiento mediante doppler transcraneal puede alertar sobre un aumento de la PIC y el descenso en la presión de perfusión cerebral (PPC), al objetivar los cambios típicos de aumento del índice de pulsatilidad (IP) y disminución en la velocidad diastólica. El empeoramiento de la PIC requiere repetir estudios de TC para documentar adecuadamente los cambios y poder tomar nuevas decisiones terapéuticas⁵².

Tratamiento general:

El tratamiento general incluye mantener la cabeza en posición neutra a 30°, excepto puntualmente en pacientes hipovolémicos con hipotensión arterial, en los cuales esta elevación podría disminuir la PPC. Esto incrementa el drenaje venoso con reducción de la presión venosa central y disminución de la PIC.

La colocación de un drenaje ventricular es necesaria si existe hidrocefalia; permite monitorizar y tratar la PIC al evacuar líquido cefalorraquídeo (LCR) de forma intermitente o continua. La ventriculostomía presenta un alto índice de complicaciones infecciosas, ya que puede asociarse a meningoventriculitis en un 6-22% de los casos. Hay que mantener un adecuado control del dolor para disminuir la TA y la PIC mediante analgesia intravenosa (IV) en perfusión continua, así como

⁵²Richard E. Behrman, R. M. (2002). *Nelson Compendio de Pediatría*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

sedación iv con benzodiazepinas o propofol en los pacientes con ventilación mecánica. El uso de bloqueantes neuromusculares de forma continua quedaría restringido en aquellos casos donde la PIC no se controla con la analgesia y la sedación⁵³.

Tratamiento médico:

Líquidos:

Una presión arterial normal o discretamente elevada nos garantiza un volumen vascular y perfusión cerebral adecuados. Al mismo tiempo, continuamos en forma continua y recurrente evaluando pulsos periféricos, perfusión capilar, frecuencia cardíaca y gasto urinario.

Si hay estabilidad hemodinámica, una infusión de dextrosa al 5% en solución salina es un líquido apropiado de mantenimiento. En las fases iniciales del TCE puede existir hiperglucemia como respuesta metabólica al estrés. El control debe ser constante, buscando mantener los niveles por encima de 50mg/dL y por debajo de 150mg/dL.

La bradicardia es un signo tardío de HTE severa. Es prioritario efectuar maniobras de disminución de la PIC.

Estudios controlados mencionan la utilidad de la solución salina hipertónica entre el 3% y el 7.5% como líquido ideal de la HTE. El mecanismo de acción es debido a que el sodio, al ser el mayor determinante de la osmolaridad plasmática, produce un gradiente osmótico que favorece la salida de agua del tejido cerebral, donde la BHE es normal, disminuyendo el edema cerebral. Además, mejora la presión de la perfusión cerebral al aumentar el flujo sanguíneo cerebral, al deshidratar el endotelio vascular y los eritrocitos, aumentando el diámetro de los vasos. Normaliza los potenciales de membrana en reposo y restaura el balance hidroelectrolítico de las neuronas lesionadas⁵⁴.

Corticoides y glicerol

En la década de los ochenta y los noventa del siglo pasado se realizaron diversos estudios controlados para valorar los efectos de la hemodilución, esteroides y glicerol frente a placebo en el tratamiento de las hemorragias cerebrales. No se encontró efecto beneficioso en ninguno de ellos, demostrándose paralelamente un aumento en la aparición de infecciones en los pacientes tratados con esteroides⁵⁵.

⁵³ Alvarez, D. E. (2008). ACTUALIZACION EN HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTANEA.

⁵⁴ Fleisher Gary R., S. L. (1986). *Tratado de Urgencias Pediatricas*. Mexico: Interamericana S.A de C.V.

⁵⁵ IBIDEM

Manejo de la tensión arterial

Teóricamente una TA elevada puede aumentar el riesgo de sangrado al provocar la rotura de pequeñas arterias y arteriolas, aunque en algunos estudios se ha visto que una tensión arterial sistólica (TAS) ≤ 210 mmHg no está claramente relacionada con un incremento de la hemorragia o con un empeoramiento neurológico.

Por otra parte, un tratamiento muy agresivo de la HTA puede disminuir la presión de perfusión cerebral y provocar daño isquémico cerebral, sobre todo en aquellos pacientes con PIC elevadas, por lo que se recomienda mantener siempre presiones de perfusión cerebral > 60 mmHg. Las recomendaciones previas de la *American Heart Association* (AHA) era mantener la TAS ≤ 180 mmHg o tensión arterial media (TAM) < 130 mmHg.

Terapia hiperosmolar

Para reducir la PIC se emplean soluciones de suero salino hipertónico y manitol, siendo este último el agente osmótico más utilizado. Se recomienda mantener niveles de osmolaridad sérica de 300-320 mOsm/kg y evitar la hipovolemia.

Coma barbitúrico

Se utiliza para el tratamiento de la hipertensión intracraneal refractaria, ya que disminuye el metabolismo cerebral y el flujo sanguíneo cerebral (FSC). Se asocia a un alto riesgo de complicaciones, fundamentalmente hipotensión e infecciones, por lo que requiere una monitorización estricta de la actividad eléctrica cerebral, con el fin de optimizar la dosis de barbitúricos y evitar sus efectos secundarios. En este sentido es preferible realizar una monitorización continua durante las 24 horas mediante la escala del índice bispectral (BIS) y/o del electroencefalograma.

Ventilación:

La hiperventilación con PCO_2 entre 30 y 35 de Hg debe ser utilizada solamente como medida transitoria y de urgencia en casos de HTE severa con inminencia de descerebración o decorticación y por muy corto plazo mientras se instalan otras medidas terapéuticas que controlen el edema cerebral. Produce vasoconstricción cerebral con reducción del flujo sanguíneo cerebral, efecto que se observa a los 30 minutos de iniciada. Si se continua, los vasos van perdiendo reactividad y a las 20 horas no produce ningún efecto favorable. Los niños con TCE en su primer día presentan reducción del FSC, el que empeora al hiperventilarlos por tiempo prolongado con producción de isquemia cerebral severa y muerte. Esto es debido a que el FSC se compensa a través de elevación del pH al reducir el bicarbonato a través de la anhidrasa carbónica presente en el plexo coroideo. Esto torna los vasos sanguíneos cerebrales hipersensibles, aun con cifras normales de $PaCO_2$.⁵⁶

⁵⁶ Jaime Forero, J. A. (2007). *Cuidado Intensivo Pediátrico y Neonatal*. Colombia: Mc Graw-Hill.

Hiperglucemia

La hiperglucemia en el ictus se puede deber a una reacción de estrés, o puede ser la manifestación de un estado prediabético. Se ha visto que pacientes con HIC y niveles de glucemia elevados al ingreso pueden llegar a presentar un incremento en el riesgo de mortalidad a los 28 días, tanto en pacientes diabéticos como en no diabéticos.

Convulsiones

Las HIC de localización lobar son las que presentan más frecuentemente convulsiones al principio del cuadro clínico. Los fármacos empleados para el tratamiento son fundamentalmente las benzodiacepinas orales o IV y la fenitoína.

Control de la temperatura

La aparición de fiebre es frecuente sobre todo en pacientes con HIC con localización lobar y en ganglios de la base, especialmente si hay además hemorragia intraventricular. La hipertermia produce un aumento del FSC y por lo tanto de la PIC, por lo que es preciso un tratamiento agresivo para mantener la temperatura en rangos normales. La hipotermia en rangos de 32-34 °C forma parte de una estrategia neuroprotectora, y puede ser efectiva como tratamiento coadyuvante para controlar la PIC. Su utilización prolongada, más allá de 24-48 horas, se asocia con un elevado número de complicaciones como infecciones, coagulopatías y alteraciones electrolíticas. Por otra parte se puede ver un efecto rebote en la PIC cuando la hipotermia se revierte rápidamente.

Prevención de la trombosis venosa profunda y del embolismo pulmonar

La trombosis venosa profunda y el embolismo pulmonar son complicaciones frecuentes.

Tratamiento quirúrgico

El objetivo de la cirugía es evacuar la mayor cantidad de sangre lo antes posible y con el menor daño tisular cerebral. Hasta ahora los resultados de los estudios dirigidos al tratamiento quirúrgico no han mostrado claramente beneficios. Las actuales líneas de investigación van encaminadas a reducir el volumen del hematoma, considerado en este momento el factor de gravedad más importante.

Craniotomía

La craniotomía es la más estudiada en los protocolos quirúrgicos controlados y aleatorizados. El último es el STICH (*International Surgical Trial in Intracerebral Haemorrhage*) en hemorragias supratentoriales. Se dejó a elección del médico responsable la técnica de evacuación del hematoma (craniotomía, aspiración estereotáxica o endoscópica).

Se consideró un «desenlace favorable» la buena recuperación o la incapacidad moderada, medida por la escala de Glasgow de resultados (*Glasgow Outcome Scale* [GOS]) a los 6 meses. El objetivo secundario fue conocer la situación funcional mediante el índice de Barthel y la escala de Rankin modificada (SRm) a los 6 meses.

Cirugía mínimamente invasiva

Las ventajas que la cirugía mínimamente invasiva tiene sobre la craneotomía convencional son un tiempo quirúrgico corto, la posibilidad de anestesia local, la precocidad en la intervención y la reducción del trauma tisular en las lesiones profundas.

Evacuación precoz del hematoma

Es realizada en las primeras 7 horas y otros hasta tres días.

Craniectomía descompresiva

La craniectomía descompresiva se ha mostrado como una técnica quirúrgica eficaz en determinadas situaciones y patologías, entre ellas la HIC. Su efecto beneficioso se basa en la disminución de la PIC, y por tanto del síndrome de hipertensión endocraneal, primera causa del enclavamiento cerebral y consecuente evolución a muerte encefálica. Como resultado de la técnica muchas veces se consigue disminuir la mortalidad aumentando los casos con discapacidad y una mayor morbilidad.

Prevención de recurrencia

La alta morbilidad y mortalidad de la HIC obliga a una rigurosa identificación de los factores de riesgo para intentar así disminuir su recurrencia. La HTA sigue siendo el pilar más importante en la prevención de la HIC. No existen datos durante la hospitalización sobre cómo y cuándo cambiar los antihipertensivos intravenosos a orales.

Después de la reanimación y estabilización inicial, se enfoca en lo siguiente:

- a) Disminuir el daño isquémico secundario
- b) Promover y preservar la perfusión cerebral

Los objetivos anteriores se logran a través de:

1. Prevenir o tratar la hipotensión posterior al daño
2. Evitar o tratar la hipoxia, así como reducir la demanda de oxígeno del cerebro
3. Prevenir o tratar la hipertensión intracraneal
4. Omitir el tratamiento que reduzca la perfusión cerebral
- 5.

Existen cuatro factores potencialmente fatales en el paciente pediátrico:

1. No realizar una adecuada abertura de la vía respiratoria con inmovilización y estabilización de columna cervical
2. No suministrar una adecuada oxigenación ni ventilación al paciente
3. No aportar un adecuado volumen hídrico (cristaloides, coloides, hemoderivados).
4. No detectar si tiene sitios hemorrágicos.

Para esto es vital iniciar en forma rápida el ABC de la reanimación, buscando restaurar un volumen circulante efectivo, normalizando la presión arterial, asegurando una ventilación y oxigenación apropiada.

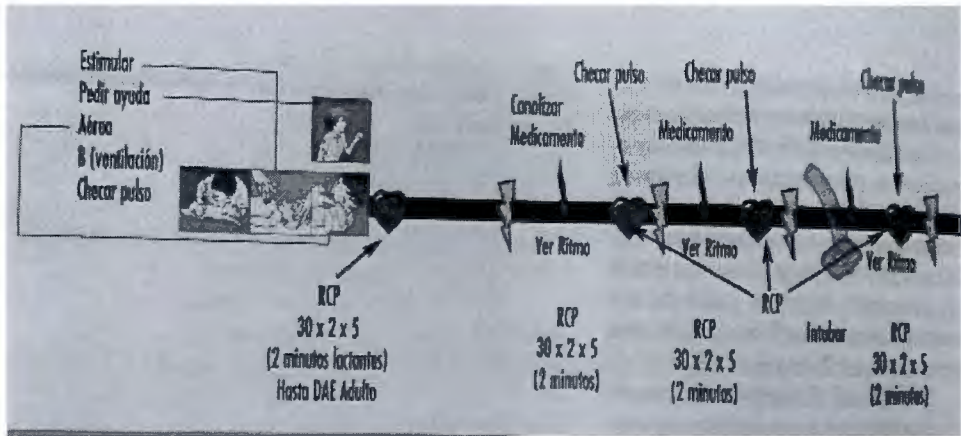


FIGURA: 9 la línea representa la reanimación continua, que no se debe interrumpir (es una secuencia continua de: 30 compresiones por 2 ventilaciones por 5 veces), para después aplicar el diagnóstico de un monitos; si se requiere desfibrilación se aplica, sin checar pulsos, de continuar la reanimación cardiopulmonar.⁵⁷

RESULTADOS HIC:

La HIC se considera entre todos los ictus el que tiene un efecto más devastador, ocasionando una alta morbilidad. La mortalidad estimada al mes oscila entre el 35-52%, produciéndose la mitad de los fallecimientos de manera precoz, en las primeras 48 horas por un síndrome de hipertensión endocraneal. La mortalidad al año varía según su localización, las de ganglios basales alcanzan el 51%, las lobares el 57%, las cerebelosas el 42% y las de tronco-encéfalo hasta un 65%^{5,13}.

⁵⁷Fascinetto.et.al., G. V. (2008). *PAC Pediatría 5*. Mexico: Intersistemas.

Un 50% de los sujetos sufren algún tipo de discapacidad, lo que supone un elevado coste sanitario.

Según Broderick, los pacientes con $EG \leq 8$ y volumen ≥ 60 cc tenían una mortalidad al mes del 91%, mientras que los pacientes con $EG \geq 9$ y volumen < 30 cc presentaban una mortalidad del 19%.

Se han informado que los niños con lesiones craneales alcanzan resultados muy comprometedores. La cantidad de recuperaciones se asocia al tipo de lesión (lesiones focales o de masa encefálica, frente a lesiones difusas/globales), a la gravedad del daño neurológico (Escala Glasgow) y a los hallazgos físicos⁵⁸.

Las secuelas a largo plazo pueden ser las dificultades con la memoria y con las habilidades motoras, o bien la reducción generalizada de las habilidades intelectuales, las alteraciones del comportamiento y las dificultades de atención. La función del habla suele presentar una buena recuperación, especialmente en los niños más pequeños. Las medidas de rehabilitación consisten en fisioterapia, técnicas de modificación de conducta y medidas educativas apropiadas. Son características de mal pronóstico la puntuación de 3-4 en la escala de coma de Glasgow cuando el niño es hospitalizado y no presenta mejoría durante 24 horas, la ausencia de reflejos pupilares frente a la luz y la persistencia de los reflejos plantares extensores.⁵⁹

Si el niño va a ser dado de alta del hospital, es importante informar a los padres de los signos y síntomas que tienen que observar en el domicilio, y de que deben acudir de nuevo al hospital si el niño presenta alguno de ellos:

- * Cambios de conducta
- * Pérdida de consciencia
- * Vómitos repetidos
- * Cefalea intensa
- * Dificultades en el lenguaje
- * Dificultades en la visión
- * Pérdida de fuerza en los brazos o pies
- * Convulsiones
- * Hemorragia o pérdida de líquido claro por la nariz o las orejas
- * Fiebre

Es necesario que en las primeras horas, si el niño desea dormir, se le permite hacerlo, pero habrá que despertarlo cada 2 o 3 horas para comprobar su estado de consciencia⁶⁰.

⁵⁸Nichols, D. G. (1992). *Manual de Urgencias en Pediatría*. España: Msby-Year Book.

⁵⁹Richard E. Behrman, R. M. (2002). *Nelson Compendio de Pediatría*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

⁶⁰et.al., M. D. (2006). *Tratado de enfermería de la Infancia y la adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill.

4.8 CONSIDERACIONES ETICAS

Es muy importante que el médico tratante considere la condición legal de los padres o tutores en los casos de SMSL y la del menor en los de SNM mediante el desarrollo de un algoritmo diagnóstico específico.

A. Acciones obligadas:

- a) Notificar el caso a la autoridad correspondiente.
- b) En el Servicio Médico Forense (SEMEFO) se debe realizar la autopsia de ley y los estudios complementarios (metabólicos, toxicológicos, infectológicos y radiológicos).
- c) En casos especiales, la autoridad podrá determinar otro sitio para la realización de la autopsia (hospital pediátrico de tercer nivel).
- d) Es muy conveniente que en la realización de la autopsia intervengan un patólogo forense y un patólogo pediatra.
- e) Establecido el diagnóstico, la autoridad definirá la condición jurídica de las posibles personas involucradas.

Acción interdisciplinaria

Consideraciones clínicas

Es necesario que la obtención de tal información sea lo más precisa posible ya que de ello dependerá el establecimiento del juicio clínico necesario y el diagnóstico de certeza.

Por ejemplo, si el menor fue un producto no deseado, planeado o aceptado, está en la posibilidad de ser un caso de SNM. Por el contrario, si hubo control prenatal adecuado, alimentación al seno materno y recibió las inmunizaciones necesarias, entre otros derechos, se hace difícil sustentar dicha posibilidad.

Si la exploración física del cadáver muestra lesiones en piel o mucosas secundarias a golpes o quemaduras, deterioro del estado nutricional (peso y talla bajo), así como un estado de higiene deplorable, se puede sospechar en SNM. Finalmente, la existencia de rigidez cadavérica permite suponer que la muerte ha ocurrido varias horas antes, apoyando la posibilidad de SNM.

Consideraciones socio-médicas

La información que ayuda a conocer ciertas características del comportamiento de los padres o tutores debe ser obtenida por el médico o el trabajador social. De esta

acción destacan los antecedentes de alcoholismo o adicciones, historia de eventos delictivos o bien de violencia familiar. Aunado a lo anterior, se deben conocer las condiciones físicas del sitio donde ocurrió el fallecimiento del menor, con el objetivo de precisar la existencia de violencia.

Consideraciones anatomo–patológicas

Estos casos deben ser considerados dentro de la esfera médico–legal, de esta manera, la autopsia, como ya se mencionó, se debe efectuar en el SEMEFO correspondiente (estatal o municipal) o en un centro pediátrico con recursos suficientes.

Este estudio debe efectuarse conjuntamente entre el patólogo forense y el pediátrico, con el objetivo de descartar patología infantil que explique la causa del fallecimiento.

Ante estas contextualizaciones mi consideración en resumen es que:

1. Los pediatras y otros médicos que atienden lactantes deben considerar el SMSL o SNM cuando inesperadamente fallece un menor en su domicilio o llega muy grave al hospital o a un consultorio médico y muere.
2. En todos los casos se debe efectuar la autopsia completa y los exámenes de laboratorio y radiológicos para establecer el diagnóstico preciso.
3. Se deba insistir en la conveniencia de que la autopsia sea practicada por un patólogo forense y un pediátrico.
4. Ante un caso de SMSL se deben plantear estrategias de prevención para evitar futuros eventos en la familia.
5. En casos de SNM es obligado un programa de protección a la víctima, si sobrevive (prevención secundaria) y a otros miembros de la familia (prevención primaria). con esto se pretende llegar a una concientización de lo indebido y en el manejo correcto de cada caso nos protege de alguna denuncia por negligencia.

4.8.1 ETICA EN ENFERMERIA

*Todo arte y toda investigación y del mismo modo toda acción y elección parecen tender a algún bien, por eso se ha dicho con razón que el bien es aquello a lo que tienden todas las cosas.
Aristóteles*

Por concepto tenemos que la ética aglutina las reglas y principios que gobiernan la conducta.

La palabra ética se deriva del termino griego "ethos", que significa carácter o costumbre. La ética se refiere a lo que debería ser. El termino bioética es la que más se viene utilizando dentro del contexto de la salud. En enfermería, la práctica ética se refiere a una conducta moral y a unas decisiones de la enfermera que contemplan dilemas éticos (Ketefian 1989, pag.509).

Ethos incluye la tradición y la experiencia comunes de un grupo, basada en una jerarquía de valores, así como las direcciones de una profesión o de una clase social.

El ethos no es fijo ni inmóvil. Él evoluciona con la propia profesión y con las influencias del medio; por ejemplo, las influencias filosóficas, religiosas, sociales, económicas, políticas y jurídicas son determinantes para la definición del ethos. A lo largo de la historia, podemos constatar la existencia de tres tipos de ethos que se desarrollaron conforme tales influencias: el ethos altruístico o altruista, el ethos agápico y el ethos filantrópico.

El ethos altruístico o altruista está en el origen de toda la atención y cuidado dispensado por la enfermería, desde la época de las comunidades primitivas hasta las civilizaciones antiguas y al mundo greco-romano. Su característica principal era la amistad o el amor al ser humano, a la humanidad; el altruismo traducido en las formas de conducta que revelaban compasión, respecto y honestidad. El fundamento del ethos altruístico es la beneficencia. Según este principio, hacer el bien, no causar daño, cuidar de la salud y favorecer la calidad de vida constituye las máximas del ethos de la beneficencia⁶¹.

El ethos agápico (del griego ágape, amor) fue el ethos de la enfermería en la cristiandad antigua y en la Edad Media. La novedad de este ethos fue ir más allá de la filantropía, del altruismo y de la beneficencia pagana. Esto porque, a pesar de aquellos valores, no raramente se excluían determinados segmentos, como extranjeros, esclavos, pobres, deficientes, mayores de edad, entre otros. Los diáconos, las diaconizas y después las ordenes religiosas practicaban la enfermería para todos, movidos por la figura del buen samaritano, haciendo de su trabajo una

⁶¹ Oguisso, T. (2006). reflections on ethics and nursing in Latin Americana.

obra de misericordia y estableciendo condiciones igualitarias de tratamiento y valorización terapéutica y moral de la convivencia con el dolor⁶².

El ethos filantrópico de la enfermería en la Modernidad surgió con el fenómeno creciente de la secularización (después de la cisión del cristianismo occidental resultante de la Reforma Protestante) y consecuentemente del pluralismo. La filantropía volvió a ser el fundamento de la enfermería y la expresión de la beneficencia de la Modernidad, sin embargo disociada del enfoque religioso y unida a la noción de persona humana como tal⁶³.

La existencia de las normas morales siempre ha afectado a la personalidad humana, ya que desde pequeños captamos por diversos medios la existencia de dichas normas, y somos afectados por ellas en forma de consejo, de orden o en otros casos como una obligación o prohibición, pero siempre con el fin de tratar de orientar e incluso determinar la conducta humana y profesional.

La ética gobierna la conducta, implica lo que es bueno y malo y lo que es una responsabilidad moral y una obligación. La ética se diferencia de la ley en que cada trato con las reglas de conducta pueda reflejar los principios básicos de lo correcto y lo incorrecto y los códigos morales.

En la enfermería, proporciona las bases profesionales para actuar; estas bases protegen tanto al paciente como a la profesional.

La ética debe ser enfocada no como una vía de sanción sino como senda para llegar a ser mejores personas, mejores humanos con beneficio para la sociedad teniendo una práctica profesional.

Todo profesional debe desarrollar su sentido ético, lo cual con la ayuda de los docentes durante la formación académica se hace posible el beneficio propio y a favor de la sociedad.

La labor del profesional de enfermería es brindar los cuidados necesarios para el bienestar humano y la guía para el fin del rol es la ética, quien guía la práctica disciplinaria de cómo, cuándo y el porqué de los cuidados, ya que estas pasan a ser parte de los pacientes siendo sus resultantes quienes son los beneficiarios para la resolución a sus problemas de salud.

Históricamente, la enfermera ha enfocado sus actividades a las áreas de administración, organización y evaluación de servicios. Con la introducción de nuevas estrategias de asistencia en los sistemas de salud, la enfermería enfoca su actividad hacia otros campos, principalmente hacia la atención primaria y el trabajo comunitario. Para ubicar a la enfermería en concordancia con las necesidades de atención de la salud de la población y las reformas de los sistemas de cada país, es

⁶² Idem, 22

⁶³ Idem, 22

necesario formar grupos de profesionales que asuman el liderazgo en la enseñanza, en la práctica y en la investigación. Los programas de postgrado en enfermería deben dar una respuesta a esta expectativa. Hasta ahora, estos programas han contribuido al progreso de la profesión por medio de la investigación y de la definición de un cuerpo de conocimientos propio y específico, posibilitando de esta forma la legitimación social de la práctica profesional de enfermería en los países de la región.

En base a todo lo históricamente relacionado a la enfermería, la profesionalización hizo que buscarse, como otras profesiones, expresar su ethos a través de códigos de ética, llevando en cuenta las Convenciones de Ginebra, de la Cruz Roja, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Internacional del Trabajo y del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

El CIE considera que la necesidad de los cuidados de enfermería es universal y que el respeto a la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. Por esto, la enfermería no hace distinción ninguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, color, edad, credo religioso, opción política o condición económico-social.

Es importante considerar que el personal de enfermería debe poseer la integridad necesaria para que su actuación siempre sea correcta y para ello debe tener presente los principios éticos de autonomía, respeto hacia las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia, confidencialidad, veracidad y fidelidad para entonces brindar cuidados de calidad tanto al individuo, a la familia como a la comunidad.

Los enfermeros deben recordar ser prudentes y cuidadosos cuando informan. Aún cuando proporcionar la información sea una conducta moralmente adecuada, en el contexto, el modo que se expresa es muy importante.

El código ético implica el establecimiento, mantenimiento y mejora de las bases de la práctica profesional. Es esencial para una profesión. Los códigos éticos son guías formales para la acción profesional. Son establecidos por las personas que pertenecen a la disciplina y deben ser compatibles con los valores profesionales de sus miembros.

Un código ético proporciona a los miembros de una profesión un punto de referencia para decidir en las situaciones más complejas. Dos situaciones nunca son idénticas y las enfermeras se encuentran, frecuentemente, ante una circunstancia que requiere un juicio sobre la acción a llevar a cabo. Tiene que identificar los valores y las opiniones que se apoyan en las bases éticas (Thompson y Thompson 1985, pag. 12).

Los códigos éticos suelen ser una mezcla de credos y de obligaciones. Benjamín y Curtis (1981) describen un credo como la afirmación de un profesional respecto a los ideales de conducta y la obligación de la profesión de respetarlos. Un ejemplo es el establecimiento de 1973 del *Code for Nurses* del International Council of Nurses

(ICN): <<las responsabilidades fundamentales de la enfermera son cuatro: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento>>.

Los códigos de la ética profesional aportan unas reglas diseñadas para regular la conducta de un mayor número de situaciones específicas (Benjamín y Curtis 1981, pag.6). Un ejemplo de un precepto es este enunciado del ICN Code for Nurses:

<<la enfermera consigue, confidencialmente, información personal y utiliza a su juicio la distribución de información.>>

Si una enfermera viola el código, la asociación puede expulsarla de la misma.

Los objetivos de los códigos éticos de enfermería son:

1. Proporcionar una base que regule las relaciones entre la enfermera, el cliente, los compañeros, la sociedad y la profesión.
2. Proporcionar una base para excluir de la profesión a los miembros sin escrúpulos y para defender al profesional acusado injustamente.
3. Servir como una base para el apoyo profesional y la orientación de los nuevos titulados de la disciplina.
4. Ayudar al público en general a comprender la conducta de la enfermería profesional.

Es por ello que el enfermero debe lograr que el paciente en su contacto con el servicio tenga una percepción comprensible, aceptable y significativa y para ello se hace necesario que la ética este presente y que su comportamiento siempre promueva, fomente y mantenga la dignidad de los pacientes como personas. Lo ético es lo que rige la función enfermero.

Y el por ley, que un paciente que es admitido en una institución de salud, se le deben informar sus derechos. La característica más sobresaliente de los derechos establecidos para todos los pacientes es el derecho a la autonomía, el paciente tiene libertad personal para elegir y tomar decisiones y a participar de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud.

Definición de las obligaciones de la enfermera

Moser y Cox (1980, pag.43) agruparon las obligaciones de las enfermeras al determinar una actuación ética para valorar los conflictos que puedan surgir y determinar las alternativas entre las que se puede elegir. Alguna de estas responsabilidades son:

- Potenciar al máximo el bienestar del cliente
- Equilibrar su necesidad de autonomía y la obligación de su familia de ayudarle
- Apoyar a cada familia y favorecer la ayuda que estos prestan al cliente
- Colaborar en la política del centro donde ejerce

- Proteger el bienestar de los demás clientes
- Respetar las propias pautas de cuidados de la enfermera

Los problemas éticos de la enfermería se producen debido a conflictos entre los valores personales y las responsabilidades profesionales o entre las personas implicadas en la atención del paciente.

Para resolver un dilema ético, la enfermera debe establecer una base de datos segura, identificar los valores problemáticos, estudiar la forma de acción y sus consecuencias, determinar de quien es el problema y definir las obligaciones de la enfermera.

Las bases profesionales para las actividades de enfermería se apoyan en la ética y se diseñan para proteger los derechos de los pacientes y las enfermeras.

4.8.2 LEGISLACION

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS⁶⁴

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de 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.

⁶⁴ www.ssa.gob.mx. (diciembre de 2001). Recuperado el 22 de noviembre de 2011, de http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS⁶⁵

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.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS⁶⁶

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

⁶⁵ IDEM

⁶⁶ IDEM, 33

colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN⁶⁷

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.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD⁶⁸

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.

⁶⁷ IDEM

⁶⁸ IDEM, 33

4.8.3 DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MEXICO⁶⁹

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

⁶⁹ www.ssa.gob.mx. (diciembre de 2001). Recuperado el 22 de noviembre de 2011, de http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf

4.8.4 PRINCIPIOS DE ENFERMERIA⁷⁰

1. Beneficencia o no-maleficencia:

Principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

2. Autonomía:

Principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en los cuidados de enfermería, es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud) o externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada, entre otras).

3. Justicia:

Una vez determinados los modos de practicar la beneficencia, el enfermero necesita preocuparse por la manera de distribuir estos beneficios o recursos entre sus pacientes como la disposición de su tiempo y atención entre los diversos pacientes de acuerdo a las necesidades que se presentan.

Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad.

El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad.

4. Fidelidad:

Principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad. La expectativa del paciente es que los profesionales cumplan las palabras dadas. Solamente en circunstancias excepcionales, cuando los beneficios de la ruptura de la promesa son mayores que su manutención, es que se puede quebrarla. La confianza es la base

⁷⁰IBIDEM

para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero.

5. Veracidad:

Principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos. Un ejemplo de variación cultural sería sobre la cantidad de información a ser prestada en relación al diagnóstico y tratamiento. Así, puede ser difícil elaborar un formulario para obtener el consentimiento del paciente, a quien no se le ha comunicado su diagnóstico. El profesional debe evaluar la importancia que tiene para el participante conocer su diagnóstico con relación al tratamiento o cuidado pretendido.

6. Solidaridad:

Principio ético indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, es el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí, las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común.

7. Confidencialidad:

Principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes. Evidentemente, observaciones técnicas relacionadas con el diagnóstico o terapéutica deben ser registradas en las fichas clínicas, pues son de interés de todo el equipo de salud. En caso que el paciente revele, confidencialmente, una información que sea de interés de algún miembro del equipo, se debe solicitar autorización al paciente para revelarla al profesional específico, o solicitar para que él lo haga personalmente.

8. Valor fundamental de la vida humana

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

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo

responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

9.Privacidad

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

10. Doble efecto

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

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

4.8.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento Informado se remonta a tiempos inmemorables de los griegos, en la Era Pre-hipocrática, donde existían grandes diferencias en la atención médica proporcionada a los hombres libres y a los esclavos, como consta en lo dicho por Aristóteles a su médico en una ocasión en la que se encontraba enfermo "...no me trates como aun boyero ni como a uno que cava la tierra, sino que, después de ilustrarme primero de la causa, me tendrás así presto para obedecer..."⁷¹ Surgiendo a partir de esto, la importancia de hacer participar al paciente de las decisiones médicas.

El Consentimiento Informado a nivel internacional, ha pasado por diversas etapas, y la primera fue a partir del Juramento Hipocrático, el cual no ha sido superado en los 2500 años transcurridos desde la vida de Hipócrates, y que sigue siendo la guía excelsa del comportamiento médico, se ha mantenido válido, porque en su elevada calidad personal refleja los conceptos básicos de devoción por el prójimo y de compromiso de servicio.⁷²

La segunda etapa, se sitúa en los avances tecnológicos de la medicina, existiendo un mayor número de riesgos a la hora de aplicar las diferentes técnicas, teniendo como consecuencia la necesidad de que el médico informe al paciente las técnicas que va a realizar y obtener su consentimiento. Así surgen las dos grandes vertientes en la historia de la medicina, el paternalismo médico y la autonomía del enfermo.

El paternalismo exigía obediencia y confianza al médico, y el médico, por su parte, debía tener la autoridad suficiente para cumplir con su deber, de buscar el máximo beneficio objetivo del enfermo. Basándose en el principio de beneficencia se constituye la esencia del modelo "paternalista", que importa la búsqueda del bien de otra persona desde un nivel de preeminencia, que permite prescindir de la opinión de otra persona.⁷³

La autonomía derecho primario humano y fundamental, es el principio del respeto de la persona (principio Kantiano), pertenece a una concepción moral en la que se dice que la dignidad del ser humano reside en su autonomía moral, y por lo tanto en su libertad, así como la responsabilidad de decidir sobre lo que es bueno para él.

Consiste en un acuerdo con el cliente en el que este acepta un tratamiento o procedimiento determinado, prescrito por el médico, después de que se le haya informado totalmente sobre el mismo, incluyendo sus riesgos y complicaciones. Esta

⁷¹ Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México. Consentimiento bajo información o consentimiento informado 2ª. Edición, Toluca Estado. de México. 2001.

⁷² Dr. José Félix Patiño Restrepo MD. FACS(Hon), MSCC Hon FELAC boletín informativo de la federación latinoamericana de cirugía. Bogotá, Vol.10 no.2, abril-junio de 2005.

⁷³ Rodas., M. d. (s.f.). *www.google.com*. Recuperado el 20 de noviembre de 2011, de <http://www.cecam.chiapas.gob.mx/doc/consentimiento-informado.pdf>

aceptación, entonces, es un intercambio entre el paciente y el médico. Normalmente, el paciente firma un documento aceptado por la institución, que queda registrado en esta.

Obtener tal aceptación es responsabilidad del médico. Aunque este se delega, con frecuencia, en las enfermeras, esta actuación es discutible. La responsabilidad de la enfermera es atestiguar el consentimiento del paciente, esto es:

- Atestiguar el intercambio entre el paciente y el médico
- Verificar la firma del paciente
- Establecer que el cliente realmente ha comprendido, es decir, está totalmente informado

Si una enfermera comprueba solo la firma del paciente y no el intercambio entre este y el médico, debe manifestar que ha estado presente solo en la firma en el momento de registrar el acuerdo (Northrop 1984, pag. 223). Si la enfermera cree que el paciente no comprende las explicaciones del médico, es importante que este sea informado de este hecho.

Northrop (1984, pag.223) describe los tres grandes elementos del consentimiento informado:

1. Debe ser voluntario
2. Debe ser dado por un individuo con capacidad de comprender sus implicaciones
3. El firmante debe poseer la suficiente información como para que tome él mismo la decisión en último término

Para cumplir el primer punto, no debe existir coacción alguna. A veces, la posibilidad de disgustar al profesional puede ser el motivo para que el paciente otorgue su consentimiento; en este caso, no se realiza voluntariamente.

Para dar un consentimiento informado, el paciente debe recibir la información suficiente para tomar la decisión; de otra manera, el derecho del paciente a decidir ha sido usurpado.

La información necesita incluir beneficios, riesgos y acciones alternativas. Si el paciente no sabe leer, el impreso del consentimiento se le debe leer al paciente antes de que lo firme. Si el paciente no puede hablar el mismo idioma que el profesional de la salud que le está informando, se tiene que requerir la presencia de un intérprete.

Podemos clasificar en tres grupos a las personas que no pueden dar su consentimiento consciente, el primer grupo lo constituyen los menores. En la mayoría de los casos, es el padre o tutor quien decide si el menor se someterá o no al tratamiento. Lo mismo ocurre en el caso de un adulto retrasado mental. El segundo

grupo lo integran aquellas personas inconscientes o heridas, incapacitadas para dar su permiso. En estos casos, lo da el familiar, adulto más cercano. En una emergencia, si no se obtiene ni del paciente ni de algún familiar, la ley está, generalmente, de acuerdo con la decisión que se tome. El tercer grupo lo componen los enfermos mentales y se especifican los derechos que poseen ellos y los que les atienden ante la ley.

La figura del Consentimiento Informado se encuentra contemplada en diversas disposiciones de La Ley General de Salud¹² y en sus reglamentos; mencionándolo en el artículo 77-bis-37, que dice:

- VIII.- Decidir libremente sobre su atención.
- IX.- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.

Así mismo, el Consentimiento Informado específicamente, esta contemplado en el Reglamento de la Ley General de Salud,¹³ en materia de prestación de servicios de atención médica en el Artículo 29, 80 - 83 y lo publica a través de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1- 1998,¹⁴ del expediente clínico (NOM 168), definiendo al Consentimiento Bajo Información (consentimiento) como “los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante el cual se acepte, bajo información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios.”

Artículo 29, del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios refiere que: “Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico”.

Artículo 80, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios, nos dice que: “En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnósticos terapéuticos, los procedimientos médicos quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma” Esta autorización inicial, no excluye la necesidad de recabar después, la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.”

Artículo 82, y la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico en la fracción 10.1.1 Carta de Consentimiento, refiere que el documento debe de contener como requisitos mínimos, lo siguiente:

- El nombre de la institución a la que pertenezca el hospital,
- Nombre, razón o denominación social del hospital;
- Título del documento;
- Lugar y fecha;
- Nombre y firma de la persona que otorga la autorización; y
- Nombre y firma de testigos.

Acto autorizado, con el señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.

Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva, nombre completo y firma de los testigos

Artículo 83. "En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además por dos testigos idóneos, designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.

Así mismo, existen también las sanciones a las que se hacen acreedores los médico por no cumplir con la Ley General de Salud, en los artículos 416, 417, 418 y 422 de la Ley General de Salud.

Artículo 416. "Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos."

Artículo 417. "Las sanciones administrativas podrán ser:

- Amonestación con apercibimiento;
- Multa;
- Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y
- Arresto hasta por 36 horas."

Artículo 418. "Al imponer una sanción, la autoridad sanitaria fundará y motivará la resolución, tomando en cuenta:

- I.- Los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas;
- II.- La gravedad de la infracción;
- III.- Las condiciones socio-económicas del infractor, y
- IV.- La calidad de reincidente del infractor.
- V.- El beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción."

Artículo 422. "Las infracciones no previstas en este capítulo, serán sancionadas con multa equivalente hasta por diez mil veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, atendiendo las reglas de calificación que se establecen en el artículo 418 de esta Ley."

El Consentimiento Informado, también se encuentra implícito en la Carta de los Derechos Generales de los de Pacientes, que como ya mencionamos, éste, emana de la Ley General de Salud, el cual dice: "El paciente o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su

consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en que consiste de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos, que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico”.

El Consentimiento Informado es un documento imprescindible en todo acto médico, más aún en aquellos que entrañan peligros potenciales. Su uso cotidiano debe formar parte de los documentos en todo expediente clínico hospitalario.

4.8.6 DERECHOS DE LOS NIÑOS

En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño. Este tratado sin precedentes, que ya ha sido ratificado por todos los países del mundo con dos excepciones, explica los derechos de todos los niños a la salud, la educación, condiciones de vida adecuadas, el esparcimiento y el juego, la protección de la pobreza, la libre expresión de sus opiniones... y mucho más. Esos son derechos de los que deberían disfrutar todos los niños.

La vida de los niños sigue ciertos patrones propios de la madurez psico-biológica, pero también se ve afectada por los modelos culturales predominantes. Este fenómeno ha dado pie a una considerable producción antropológica, historiográfica y sociológica que da cuenta de las variaciones que se observan en las diferentes culturas y en las diferentes épocas.

Uno de los temas más polémicos que ha rodeado esta producción académica es la reconstrucción de la forma en que la sociedad se ha relacionado con los niños y los valores predominantes en cada época. El creciente control sobre la educación de los niños habría sido el primer paso en la construcción del concepto de infancia.

El desarrollo de la niñez es el estudio de los procesos y los mecanismos que acompañan el desarrollo físico y mental de un infante mientras alcanza su madurez.

El desarrollo cognitivo y afectivo del niño comprende varias áreas⁷⁴:

- Aprender: Entender el mundo y conocer el medio sobre todo mediante el juego, con ayuda de sus mayores y conjuntamente con sus iguales.
- Lenguaje: Aprender a hablar, y a expresarse y comunicarse mediante el lenguaje verbal y no verbal.
- Educación: Aprendizaje de la lectoescritura, adquirir conocimientos y habilidades, etc. La educación comprende la institución formal y la no formal.
- Psicología y Desarrollo: Aprender a convivir con las demás personas en su medio, y en sociedad. Incluye el aprendizaje de las reglas tácitas y explícitas de su cultura.
- Arte y música: Aprender a expresarse mediante las diversas técnicas artísticas; el arte como la música despiertan la sensibilidad de los niños y enriquecen su acervo personal.
- Moral o ético: De acuerdo con Piaget el sentido moral de las personas evoluciona según etapas.

En el campo de la psicología también es posible verificar cambios notables en la concepción que los autores han tenido sobre la infancia y sus características. Lo demuestran los distintos enfoques presentes en la psicología evolutiva. Durante algún tiempo existió el intento de integrar todos los conocimientos sobre el niño en

⁷⁴ DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO. En UNICEF.

una disciplina especial, la paidología, que diera cuenta de los aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

Los niños y niñas, como parte de la sociedad en la que viven, deben disponer de la libertad de crecer en un ambiente de salud, paz y dignidad, así como participar activamente en el desarrollo y en las decisiones de su comunidad. Todos los niños y niñas, sin excepción alguna, tienen los mismos derechos. Tienen derecho a estar informados, a ser escuchados y a participar cada vez más en el ejercicio de los mismos.⁷⁵

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es la agencia de Naciones Unidas que trabaja por la niñez. Por más de 50 años, su misión ha sido la de promover y proteger los derechos y necesidades de los niños y niñas del mundo, ayudar a satisfacer sus necesidades básicas y aumentar las oportunidades que se les ofrecen, para que alcancen plenamente su desarrollo.

El trabajo de UNICEF se orienta según la Convención sobre los Derechos de la Niñez, instrumento legal y universal que establece los compromisos y obligaciones de los gobiernos y familias, para proteger y garantizar el pleno cumplimiento de los derechos de la niñez.

Desde 1954, UNICEF trabaja en México con organismos gubernamentales, con instituciones no lucrativas de la sociedad civil y con organismos no gubernamentales, apoyando programas en beneficio de la niñez mexicana en materia de protección de derechos, salud, nutrición, educación, agua y saneamiento básico.

75

www.goole.com. (s.f.). Recuperado el 24 de octubre de 2011, de <http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/panels/Los%20derechos%20de%20los%20ninos%20en%20Mexico.pdf>

Los derechos de los niños se resumen de la siguiente manera:

- Los niños tienen derecho al juego.
- Los niños tienen derecho a la libertad de asociación y a compartir sus puntos de vista con otros.
- Los niños tienen derecho a dar a conocer sus opiniones.
- Todos los niños tienen derecho a una familia.
- Los niños tienen derecho a la protección durante los conflictos armados.
- Todos los niños tienen derecho a la libertad de conciencia.
- Los niños tienen derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.
- Los niños tienen derecho a la protección contra el trabajo infantil
- Los niños tienen derecho a la información adecuada.
- Los niños tienen derecho a la libertad de expresión
- Los niños tienen derecho a la protección contra la trata del secuestro
- Los niños tienen derecho a conocer y disfrutar de nuestra cultura
- Los niños tienen derecho a la protección contra las minas terrestres.
- Los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación y abuso sexual.
- Los niños tienen derecho a un hogar.
- Los niños tienen derecho a la intimidad
- Los niños tienen derecho a crecer en una familia que les dé afecto y amor.
- Los niños tienen derecho a la protección contra el uso ilícito de estupefacientes.
- Los niños tienen derecho a la protección contra las armas de fuego.
- Los niños tienen derecho a la protección en tiempos de guerra.
- Los niños tienen derecho a la libertad de pensamiento.
- Los niños refugiados tienen derecho a la protección.
- Derecho a un medio ambiente saludable.
- Todos los niños tienen derecho a la educación.
- Los niños tienen derecho al acceso a la educación diferencial.
- Los niños tienen derecho a la libertad, debido proceso y condiciones dignas.
- Todos los niños tienen derecho a un nombre y una nacionalidad
- Todos los niños tienen derecho a la alimentación y la nutrición.
- Los niños tienen derecho a recibir cuidados de ambos progenitores.
- Los niños tienen derecho a una atención de la salud adecuada.
- Los niños tienen derecho al cuidado y a la asistencia especial.
- Los niños tienen derecho a adquirir conocimientos sobre el medio ambiente natural
- Los niños tienen derecho a la protección contra toda forma de abuso.
- Todos los niños tienen derecho a una educación que respete los valores propios de su cultura.
- Los niños tienen derecho a la supervivencia.
- Todos los niños tienen derecho a vivir libres de cualquier discriminación.
- Todos los niños tienen derecho a vivir en armonía.

4.9.7 DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS⁷⁶

ANTECEDENTES

En 1990 Chile ratificó la Convención de los Derechos del Niño, cuyo objetivo es hacer valer y reconocer la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los niños.

Los hospitales deben velar para que los derechos sean aplicados en la vida diaria de los niños hospitalizados, siempre teniendo en cuenta el interés superior del niño.

- Derecho del recién nacido a hacer apego al nacer y a permanecer con sus padres día y noche
- El recién nacido tiene derecho a permanecer constantemente con su madre y a alimentarse exclusivamente de su leche.
- La Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre ofrece la oportunidad de satisfacer estos derechos al cumplir los Diez Pasos para una lactancia exitosa.
- El niño hospitalizado tiene derecho a ser amamantado por su madre
- La madre debe tener el acceso a amamantar a su hijo las 24 horas del día.

-La leche de la madre que permanece con el niño en el hospital, tiene anticuerpos específicos para los gérmenes que rodean al niño.

-Facilitar la permanencia de la madre ofreciéndole alimentación y espacio para dormir en el hospital.

-Si la madre no puede permanecer siempre con el niño o éste no puede mamar directamente, se le debe enseñar a extraer su leche para dársela al niño; aunque esta sea extraída fuera del recinto hospitalario.

- Todo niño tiene derecho a un nombre.
- El niño hospitalizado debe llevar una identificación y ser llamado por su nombre
- Carteles claros y legibles que lleven el nombre del niño, ya sea en su pijama o su cama.

⁷⁶ <http://www.Unicef.org/mexico/spanish/>

- Crear el hábito entre el equipo de salud de dirigirse a los niños por su nombre.
- El Niño hospitalizado tiene derecho a permanecer en un lugar seguro y adecuado para la rápida mejoría de su enfermedad.

-El niño debe estar en un lugar libre de accidentes.

-Su ubicación dentro del hospital debe ser adecuada, de manera que el niño no sea contagiado por enfermedades de otros.

-Hay que propiciar un ambiente tranquilo, alejado de ruido y otras causas que puedan prolongar su estadía en el hospital.

-El niño hospitalizado tiene derecho a que se considere la opción de evitar la inmovilización y en caso de no poder lograrlo, hacerlo de la manera más adecuada.

-Camas apropiadas, permiten que el niño se mueva sin riesgo de caer. Buscar un sistema de inmovilización que sea lo menos traumático posible para el niño.

- Todo niño hospitalizado tiene derecho a recibir un manejo adecuado del dolor y a cuidados paliativos.
- El niño hospitalizado tiene derecho a ser informado respecto a su enfermedad y la forma en que se realizará su tratamiento.

-El equipo de salud debe comunicarse con el niño a través de un lenguaje simple y adecuado a su edad.

-El juego es una manera didáctica de explicarle su enfermedad.

-La familia, apoya al niño a aceptar su situación

- El niño hospitalizado tiene derecho a optar sobre alternativas que otorgue el tratamiento, según la situación lo permita

-Se pueden identificar las situaciones en que el niño pueda optar por una u otra alternativa.

-Preguntémosles:

- ¿En qué brazo quieres que te pinche?
¿Quieres estar vestido o con pijama?
¿Preferes tabletas o jarabe?
- El niño hospitalizado tiene derecho a ser escuchado acerca de su bienestar o malestar tanto físico como psicológico, respondiendo a sus inquietudes

-Tanto el médico como el resto del equipo de salud deben preocuparse de preguntarle al niño acerca de su estado psicológico y físico.

-El equipo de salud debe dar la información que el niño requiera sobre su enfermedad.

-Los médicos deben ser cuidadosos con los comentarios y opiniones emitidas durante las visitas médicas en presencia del niño, procurando no dejar al niño angustiado con el diagnóstico y explicándole en que consiste la enfermedad.
- A su vez, deben tomar en cuenta sus opiniones y actuar coherentemente con ellas.

- El niño hospitalizado tiene derecho a la privacidad

-El niño hospitalizado debe contar con el espacio físico para recibir a sus visitas y tener un contacto privado con ellos.
-El niño debe contar con artefactos que favorezcan la privacidad como biombos, cortinas o piezas individuales.

- Cualquier niño hospitalizado tiene derecho a jugar

-Todos los niños deben tener la posibilidad de contar con objetos de juego y con el espacio para realizar esta actividad.
-La creación de espacios dedicados al juego, donde los niños que pueden movilizarse en el hospital, tengan acceso a lugares como jardines o salas de juego.

- El niño hospitalizado tiene derecho a mantener contacto con todos aquellos con los cuales tenía vínculo, previo a la hospitalización.

-En general las madres son las más favorecidas para poder visitar al paciente, sin embargo tanto el resto de la familia como los amigos deberían de tener acceso a visitas, puesto que así disminuyen factores estresantes y el niño se hace más resiliente a la situación.
-Los amigos pueden ser la mejor motivación para enfrentar la enfermedad.

- Derecho a la Educación

-Favorecer la visita a compañeros de colegio que lo mantengan actualizado en sus estudios
-Contar con profesores que ayude a los niños con enfermedades crónicas a mantener su nivel de estudio.

- Los exámenes deben ser solicitados solamente si van a contribuir a un diagnóstico más preciso que implicará un cambio de conducta terapéutica.
- El niño hospitalizado tiene derecho a un re-análisis respecto a permanecer hospitalizado.

-Nos preguntamos:

¿A este niño lo voy a hospitalizar porque es mejor para él o, por mi propia comodidad o, quizás para que Isapre cubra sus gastos?

¿Podrá completar su tratamiento en la casa? ¿Su madre sabrá cuidarlo?

¿Me he planteado no prolongar en forma innecesaria la hospitalización?

¿Será mejor para el niño que su hospitalización sea ambulatoria o tal vez diurna?

V. SELECCIÓN Y DESCRPCION DEL CASO

5.1 FICHA DE IDENTIFICACION

FACTORES BASICOS CONDICIONANTES

Factores descriptivos

Nombre: U. G. A . O

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 29 junio del 2011-11-15

Edad cronológica: 4 meses

Edad del desarrollo: 3 meses

Estado del desarrollo: lactante, talla 63.5cm; peso 6875 gr: perímetro cefálico 44.5 cm, perímetro abdominal 45.5cm, perímetro torácico 45.5cm, segmento superior 36cm, segmento inferior 25cm, pie 9.5cm

Padre: Uriel Alberto Álvarez Jurado, 17 años

Madre: Yurhein Ortiz, 17 años

Lugar de nacimiento: Hospital de Ixtapaluca

Domicilio: Emelio Chariofep Mz 1 Lote 190 Col Ampliación San Francisco,
Ixtapaluca

5.2 MOTIVO DE CONSULTA

4- octubre- 2011:

Ingres a urgencias por hemorragia peripalpebral superior, hemorragias intrarretiniales abundantes con centro blanco en ojo derecho e izquierdo, hemorragia subaracnoidea sospechando síndrome de niño sacudido.

Inicio padecimiento el 1/10/11 con vomito posprandial en proyectil no precedido de nauseas, al día siguiente se muestra hipotónico, polipnea, ojos abiertos, mirada al frente y fija, alteración del estado de conciencia, sin respuesta a estímulos, presencia de convulsiones.

En el Hospital de Ixtapaluca "Pedro López", lo valoran con Glasgow 8, encontrándole fontanela abombada y pupilas mióticas, crisis convulsivas por lo que es intubado y trasladado al INP con TAC observando colección hiperdensa tempobasal izquierda de aproximadamente 2x2.3 cm compatible con una lesión hemorrágica subaguda, otra lesión hiperdensa temporal derecha, lesión subaracnoidea frontal izquierda, colección frontal bilateral no a tensión, surcos y cisuras conservadas, no edema cerebral.

Sospecha de hemorragia intracraneana contra probable meningitis

Exploración Física: masculino de edad cronológica similar a la aparente, hábitos mesomórfico, cooperador, actitud flexor con estado 3 de PRENCHTL, sin movimientos estereotipados, con SNG y Puntas nasales, catéter femoral derecho, piel marmorea en extremidades inferiores.

Cráneo normocefalo con fontanela anterior 3x2 sin abombamiento.

Arcos de movilidad de cuello completos, reflejo foto motor presente, eritema en parpado superior izquierdo, reflejo de búsqueda negativo. Torax con campos pulmonares con escasos estertores en ambos hemicampos, ruidos cariacos rítmicos sin soplos.

Abdomen sin visceromealias, extremidades superiores en AMP completos, entorno normal para hombro, codo ashworth 1, mano normal, reflejo bicipital 3 izquierdo, 2 dercho, tríceps y estoiroradial 3 izquierdo, 2 derecho, sensibilidad, responde a estímulos táctiles , miembros inferiores con AMP completos, hipotonico.

REMs disminuidos, actividad voluntaria.

Sin control cefálico, reflejo óptico visual negativo, no sigue objetos, reflejo cocleo palpebral positivo.

Preensión palmar y plantar positivos.

Uresis y evacuaciones presentes, tolera VO sin datos de dificultad respiratoria.

5.3 VALORACION DE ENFERMERIA

5.3.1 INSPECCION GENERAL

La primera valoración fue abordada durante su estancia hospitalaria en el servicio de infectología, cuarto piso del Instituto Nacional de Pediatría, el día 14 de octubre del 2011.

SIGNOS VITALES: F.R. 40x¹, FC 80x¹, T/A 90/70 mmHg, T° 36°

Cuidador primario: madre de 17 años de edad, en unión libre, 3er. Semestre de preparatoria trunca, se dedica al estilismo, por el momento se encuentra desempleada por ser participe en el cuidado del menor, toxicomanías positivo en alcohol y tabaco hasta el 2do mes de embarazo, cesáreas 0, abortos 0, gestas 1, control prenatal a partir del 6 mes de embarazo, APGAR 8/9, SILVERMANN no recuerda, peso 3100 kg, talla 51 cm.

Inspección general:

Masculino de 3 meses de edad, somnoliento, irritable, normohidratado, coloración adecuada de tegumentos y mucosas, cuero cabelludo bien implantado, abundante e hidratado, sin lesiones ni cicatrices en cráneo, fontanela anterior sin abombamiento y con medidas de 4 cm de longitud x 3 cm de ancho, fontanela posterior cerrada, suturas bien definidas puntiformes, sin presencia de protuberancias, hundimientos o fracturas, ojos simétricos, respuesta pupilar reflectiva disminuida, con movimientos oculares voluntarios, no sigue objetos, edema y eritema palpebral superior en ojo izquierdo, se refiere por parte medica de la especialidad de oftalmología presencia de retinopatía hemorrágica en ojo derecho, escasos estertores en ambos hemisferios pulmonares; cuello hipotónico (en gota), arcos de movilidad de cuello presente, sin adenomegalias, faringe normohidratada con adecuada coloración de mucosa sin datos de infección, torax céntrico desplazable, reflejo de búsqueda positivo, PN 11/min por dificultad respiratoria, focos cardiacos presentes de buena tonalidad, intensidad y rítmicos, sin presencia de soplos, miembros superiores simétricos, con tonicidad aumentada, uñas cortas sin onicomicosis, de buena coloración, reflejo palmar de presión positivo, tono y fuerza muscular aumentado, respuesta a estímulos externos, abdomen blando depresible, sin dolor a la palpación ni irritación peritoneal. Borde hepático 2x3cm por debajo de 1cm de costillas, palpación de asas intestinales y peristalsis presente, sin visceromegalias, miembros inferiores simétricos, frios, con tono aumentado.

Catéter central en vena femoral, REMs disminuidos, respuesta a estímulos, llenado capilar de 3seg con coloración marmórea, babinski positivo se halla hipereflexion. Genitales acorde a edad cronológica, con escroto pigmentado y testículos descendidos.

5.3.2 FACTORES BASICOS CONDICIONANTES

Factores del sistema de cuidado de la salud

Ingresa al hospital por urgencias para tratamiento de la alteración de consciencia y dificultad respiratoria con vomito en proyectil pre y posprandial. Se detecta un posible síndrome de niño sacudido.

Se niegan cirugías previas, antes de su hospitalización comenzó presentar diarrea, ha estado 2 veces hospitalizado:

La primera fue cuando nació ya que presento dificultad respiratoria ingresando a la UCIN por 24 horas, egresando con binomio sano a los 5 días de vida. La segunda ocasión fue el 1 octubre por presentar los diagnósticos médicos anteriormente mencionados, y permaneciendo en hospitalización por un mes, se transfunde un paquete globular 138ml.

Se valora como niño en estado crítico.

La madre refiere que se realiza exámenes mamarios cada vez que quiere realizarlo a lo que se le sugiere que se realice la exploración a la semana post-menstruación.

En cuanto a las recomendaciones del personal de salud como administrativo las indicaciones son entendibles y no se le dificulta el seguir dichas indicaciones, se encuentran dispuestos en cooperar con el tratamiento, con el objetivo de que haya una recuperación pronta del menor.

La familia se auto medica incluso al menor le llegaron a dar te de apio para los cólicos y el empacho a lo que se puede referir que fue la causa de vomito intermitente y de diarrea, posteriormente lo llevaron con médico particular.

El lactante recibe baño cada tercer día con cambio de ropa diario en tina evitando corrientes de aire, se le recalca la importancia del lavado de manos antes de la preparación de alimentos.

Uso de ropa adecuado al clima y al sexo.

Esquema de vacunación incompleto faltando el DPT, Rotavirus, Neumococo, Influenza, grupo sanguíneo O+.

A la valoración se detecta probable hipoacusia o sordera del lado izquierdo, nivel de consciencia activo y reactivo, no se valora el estado de orientación por la edad.

Diagnósticos médicos:

Hemorragia temporobasal izquierda

Hemorragia temporobasal derecha subaracnoidea

Hemorragia frontal media izquierda con colección

Hemorragia frontal bilateral

Retinopatía hemorrágica en ojo derecho

Tratamiento medico

Sol. Gluc al 10%.....180ml
NaCL 17.7%.....3ml
Kcl7meq pasar 23.3ml/hr

*FDL 13% dar 120ml c/4 horas por succion

MEDICAMENTOS

*Levetiracetam 20mg/kg/d (140mg/12h por SOG)

*Oxcarbazepina 25Mg/kg/d (88mg/12h por SOG)

*Fenitoina 8mg/kg/d dar 20mg/8h IV

*Furosemide 0.5mg/kg/d (4mg/6h IV)

*Omeprazol 1mg/kg/d (7Mg/24hIV)

*Ceftriaxona 75mg/kg/d (260mg/12 IV "10/10")

*Paracetamol 10mg/kg/d (70mg PRN)

*NUS con Salbutamol c/8h

*SV cada 2 horas

*vigilar estado neurológico

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

Familia extensa, padre, madre y abuelos paternos, refieren que tratan muy bien al menor y que lo cuidan, enfrentan la enfermedad ya que consideran que son momentos de angustia al pensar que le pronosticaron el 10% de sobrevida por lo que eso les angustiaba y que están dispuestos a cooperar en lo que sea necesario para que Uriel se mejore y sea el niño de antes, por el momento la economía está afectada ya que la hospitalización les ocasiono que el padre descuidara su negocio y que la madre suspendiera estudios y trabajo.

Madre de 17 años de edad, en unión libre, 4to semestre de preparatoria trunca, estilista que no labora por el momento, con un peso de 55gr y talla de 1.56cm. lugar de nacimiento DF.

Grupo sanguíneo 0+, adicciones negadas, alcoholismo a los 2 meses de embarazo, actualmente se niega consumir alguna bebida.

Abuela materna: 39 años, sana

Abuelo paterno: 40 años, sano

Un hermano: 11 años, sano

Bisabuela materna: 60 años, diabética, el cual se le desarrolla por una impresión en tratamiento no recordando el nombre del fármaco.

Padre de 17 años de edad, en unión libre, 4to semestre de preparatoria trunca, se dedica al comercio de hamburguesas, con un peso de 65 Kg, talla 1.75cm, lugar de nacimiento D.F. grupo sanguíneo O+.

Un hermano: 23 años, epilepsia, en tratamiento no lo recuerda
Abuela paterna: 43 años, hipertensa en tratamiento con captopril, diabética.
Bisabuelo paterno: epilepsia, falleció a los 82 años por edad.
Resto de los familiares interrogados y negados.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Producto único vivo a término de 38SDG, obtenido por cesárea por tener cordón umbilical en circular, sin complicaciones durante el trabajo de parto. No recuerda demás escalas de valoración neonatal. Alimentación con fórmula en los primeros 5 días y luego seno materno, mixta por un mes, (refiere que no le pudo dar seno materno por no producir leche), después solo fórmula, te de apio más agua, 2.5 meses Gerber de manzana, FORMULA NAN 1.

Apgar de 8/9, no requirió maniobras de reanimación, presenta síndrome de dificultad respiratoria por lo que pasa a UCIN por 24 horas y posteriormente a binomio sano a los 5 días de vida. Peso al nacer de 3100gr y una talla de 51cm, PC 37cm, PA 31cm.

Esquema de vacunación incompleta faltando DPT, Rotavirus, Neumococo, Influenza, grupo sanguíneo O+ se niega haber recibido alguna vez transfusiones sanguíneas.

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES:

Pareja en unión libre, que cuentan con escolaridad truncada, el padre es comerciante y la madre estilista con ingresos económicos mensuales de \$3580 , religión católica, residen actualmente en el estado de México, Ixtapaluca.

Padre: sostén de la familia con ingresos económicos de \$3580 al mes

INGRESOS FAMILIARES:

Alimentación: \$3580
Alimentación \$1960
Luz \$195
Agua \$250
Transporte \$600
Otros \$1800

PATRON DE VIDA.

El niño es un lactante que por el momento está en etapa de descubrimiento, cuenta con antecedentes de toxicomanías por parte de los padres (fumadores activos, alcoholismo).

Por la edad que tiene Uriel aun no realiza actividades físicas como practicar algún deporte o pasar el tiempo libre en un jobby, antes de su estancia hospitalaria la

madre refiere ser un niño muy sano, que presentaba sonrisa socia, reflejos primitivos, movimiento con reflejos cervicales giratorios al sonido y sostén cervical, la madre refiere q comía bien.

Actualmente es un niño que no presenta la adecuada edad cronológica y ay ausencia de reflejos primitivos que correspondan para su edad con mirada fija y cuello hipotónico, que a la alimentación con formula presenta vómitos en proyectil de contenido alimenticio alterándose todos los requisitos básicos universales que al estar hospitalizado se ve afectado su requisito de desarrollo.

FACTORES AMBIENTALES:

Área Geográfica tipo urbano, que conviven la casa con abuelos paternos, su techo es de lámina y el piso de concreto, cuentan con adecuada ventilación e iluminación, cuentan con todos los servicios intra y extradomiciliarios, presencia de fauna nocivo negativo, sin embargo refieren tener un perro con el cual no hay convivencia. Hacen uso de la cocina con gas, calles pavimentadas, presencia de base de taxis, metro y microbuses a corta distancia.

No hay separación de basura, cuentan con servicios de comunicaciórni como el microbús, metro y taxis.

DISPONIBILIDAD Y ADECUACION DE LOS RECURSOS.

Cuenta con Hospitales cerca de su comunidad exactamente a 30 minutos el Hospital de Pedro López, clínicas y consultorios particulares así como de farmacias

Centros educativos como primarias, centros comerciales y mercados cerca del domicilio.

5.4 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

Se encuentra en estado de somnolencia, con puntas nasales de 5L/min, que posteriormente a la intolerancia a PN se sustituyen por casco de oxígeno saturando al 100% al estrés, agitación, tos excesiva y productiva entra en estado polipneico, estertores en ambos campos pulmonares (hemicampos) de consistencia licuosa y de color hialino, no presenta uso de accesorios respiratorios para la misma, ausencia de tiros intercostales, retracción xifoidea, no hay disociación toraco-abdominal, cuello cilíndrico y tráquea central.

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS SUFICIENTES

A la valoración el niño se encuentra en buen estado de hidratación, con adecuada coloración de tegumentos y mucosas sin alteraciones, llanto con presencia de lagrimas, llenado de 2 segundos, conjuntivas hidratadas de buen aspecto, mucosas orales sin laceraciones ni ulceraciones. La madre refiere que incluso le proporciona agua en biberón y que a lo mucho toma $\frac{1}{4}$ del biberón, en el ambiente hospitalario se encuentra con solución fisiológica de 250cc p/24horas.

PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y LOS EXCREMENTOS

Se coloca sonda vesical intermitente, el cual solo dura 24 horas presentando posteriormente eritema en meato urinario y dermatitis de pañal, el cuál se informa al médico y prescribe paracetamol para el dolor, vigilancia y prevención de posibles infecciones, al tercer día se valora el cual los genitales se encuentran normales sin datos de irritación por pañal.

MANTENIMIENTO DE EQUILIBIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Lactante que no presenta problemas al conciliar el sueño ya que duerme 9 horas al día despertando ya sea por hambre, ruido externo o por dolor manifestándolo con llanto, irritabilidad. Duerme solo sin la compañía de la madre, a veces son sujeción, hipotonicidad cervical y disminución en los reflejos de Moro, Preensión palmar y plantar.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL

Responde a estímulos externos ya sea de ruido y tacto, sobre todo cuando se estimula con sonidos fuertes del lado derecho, sin embargo, en el lado izquierdo no se hace presente la respuesta.

Manifiesta un llanto débil, el cual se tranquiliza cuando lo cargan los padres o personal de salud, al cuidado de los padres y familiares de los mismos.

La madre se observa feliz, juega con el niño, interactúa con el mismo platicándole y dándole de comer, llega temprano a las horas de visita, esta pendiente de las indicaciones medicas y de la enfermera al turno.

El padre se manifiesta indiferente hacia el menor, refiriéndole que lo acaricie y le platique, siguiendo las indicaciones.

Uriel es el primer primogénito de la familia, quien no fue planeado ni deseado refiere la madre que incluso no pensaba en tenerlo porque son jóvenes para ser padres y se encontraban estudiando. Ambos padres comparten la responsabilidad del cuidado del niño asistiendo a la visita hospitalaria, dedicando su tiempo para el menor.

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

La falta de inmunizaciones ponen en riesgo la salud del menor así como la estancia hospitalaria, rodeado de menores con diferentes patologías, procedimientos invasivos que lo comprometen a la adquisición de infecciones. El menor por el momento se encuentra con fontanela anterior 3x2cm sin abombamiento ni hendidura y posterior cerrada, suturas cerradas.

Ojos sin datos de infección, narinas permeables, tabique céntrico a la línea media facial sin desviaciones.

Membrana timpánica aperlada, escaso cerumen, ausencia de LCR; sangre o secreción purulenta, respuesta a estímulo externos a excepción del oído izquierdo.

Cuenta con barandales en su cunero en casa, ventanas cerradas para evitar corrientes de aire, adecuada iluminación.

La madre refiere que siempre fue un niño sano hasta ahora.

Han acudido a medicina alternativa por parte de la abuela, negando alergias a algún tipo de medicamentos.

Los padres manifiestan tener angustia, miedo y ansiedad de que el médico solo le pronosticó un 10% de sobrevivencia, miedo a que un día le digieran que algo malo le había pasado o que fuera empeorando y ya no saliera bien el menor, era una angustia y una desesperación pero a la vez un desgaste físico por parte de los progenitores al ir diario al nosocomio, refieren.

Han cambiado el estilo de vida al tener que dejar de trabajar por estar con Uriel todos los días lo que a consecuencia es la falta de dinero aunque cuenta con el apoyo de los abuelos paternos.

PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL EQUILIBRIO HUMANO DEL SER NORMAL.

Los progenitores esperan terminar de estudiar, trabajar y abrir su negocio, el padre esta consiente y acepta la responsabilidad e ser el padre de la familia. Son católicos pero no acuden con frecuencia.

Al cuestionarles de lo que es la muerte, responden con coherencia y conciencia de que es el ciclo de la vida y algo normal.

5.5 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

ESTADO DE DESARROLLO:

U.G.A.O se encuentra en estado de crecimiento y desarrollo, de descubrimiento del entorno y del desarrollo de habilidades motoras y cognitivas, contando con 3 meses de edad tiene una talla de 63.5cm, peso 6.875 kg, circunferencia cefálica 44.5cm.

Para la detección de problemas se utilizaron las escalas de la CDC(Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y promoción de la Salud), que arrojan por resultado que el menor se encuentra en relación de peso y talla en la percentil 50, siendo positivo para el menor; sin embargo en la circunferencia cefálica da por resultado que se encuentra en la percentil mayor a 97% siendo patológico, hay que considerar que las hemorragias intracraneales hacen que haya una presión intracraneal y por consecuencia una hipertensión intracraneal, habiendo un aumento en el tamaño cefálico.

La talla del padre es de 1.75cm y el de la madre es de 1.54cm, por lo tanto la talla epigenética o estatura blanco familiar es de:

$$\text{EBF: (talla materna + 6.5) + talla paterna/2} \\ = \text{estatura promedio familiar para niños}$$

$$\text{EBF: (154 + 6.5) + 175/2= 167.75}$$

En la valoración por medio de la escala de Denver, se encontraron alterados todos los lineamientos que son normales en un niño sano, por lo tanto; no se pudo hallar en qué edad se encontraba el menor. El lineamiento de personal social, motor fino adaptativo, lenguaje y motor grueso se ven alterados.

Alrededor de los dos o tres meses ocurre un cambio organizacional de la personalidad. Estos cambios pueden alterarse o retrasarse cuando hubo hechos patológicos y le sitúan como de un alto riesgo para su desarrollo (Nelson y Ellenberg. 1979).

Sensibilidad presente por retirada ante estimulación externa, llanto ante el dolor.

Como ya se menciona anteriormente que el estado neurodesarrollo se ve afectado, se hizo una valoración neurológica de (Ramón 2007) para complementar la información y detectar posibles riesgos para el adecuado desarrollo neurológico del niño y detectar posibles complicaciones para su futuro estado normal, tenemos por resultados los siguientes:

*** ALGUNAS ADQUISICIONES FUNDAMENTALES EN EL DPM.**

A la valoración el menor, sonrisa social negativa, no sigue objetos no habiendo tentativa para el movimiento fino, tiene hipotonía en cuello (en gota), no hay alineación del tronco con la cabeza, posición de arrate negativo, a la colocación en posición de gateo no hay sostén cefálico, reflejos arcaicos presentes.

*** DESARROLLO DE LA VISION EN EL LACTANTE.**

Muchos niños normales pueden presentar una coordinación incorrecta de los movimientos oculares y de su alineamiento durante los primeros días y semanas de vida, no alcanzando la normalidad a veces hasta los cuatro o seis meses. Debe recordarse que el Reflejo óptico facial no aparece hasta los 3-4 meses, pero su posterior ausencia es casi sinónimo de patología severa. Debe realizarse una inspección externa de los ojos, con valoración de la motilidad de musculatura ocular.

Mantiene la mirada fija en un punto ciego, no hay interés por los objetos, se dificulta al valorar la respuesta fotomotor, no reacciona ante la presencia de la madre ni a estímulos externos, esto nos puede indicar que hay un problema visual que a base de la continua valoración se llegara a una detección.

*** AUDICION**

Se estimula con campana, palmadas y chasquido obteniendo como resultado negativo a estímulos externos.

*** LENGUAJE/ COMPRENSION**

Se encuentra irritable, en momentos de tranquilidad hay balbuceos

EXPLORACION NEUROLOGICA:

En la exploración neurológica se arrojaron resultados que U.G.A.O se encuentra activo y reactivo, mirada en punto ciego con una duración de 6 a 8 segundos viéndose alterado el par craneal óptico, estato acústico y vago.

Tono pasivo:

- a) Se detecta que hay hiperexcitabilidad de ambos hemicampos

Tono activo:

- b) se tiene por resultados que hay como prioridad hipotonía cervical reflejo de Landau, hiperexcitabilidad de miembros pélvicos y torácicos. Marcha automática disminuida.

*Posteriormente se valorara nuevamente al menor y se espera dar mejor resultados a la valoración de neurodesarrollo y psicomotriz.

5.6 RQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACION DE LA SALUD

ESTADO DE SALUD.

Motivo de la consulta:

4- octubre- 2011:

Ingresa a urgencias por hemorragia peripalpebral superior, hemorragias intrarretiniales abundantes con centro blanco, hemorragia subaracnoidea en ojo derecho sospechando síndrome de niño sacudido.

Inicio padecimiento el 1/10/11 con vomito posprandial en proyectil no procegado de nauseas, al dia siguiente se muestra hipotónico, respiraciones lentas, ojos abiertos, mirada al frente, alteración del estado de conciencia, no responde a estímulos.

En el Hospital de Ixtapaluca "Pedro López", lo valoran con Glasgow 8, crisis convulsivas, fontanela abombada y pupilas mióticas, respiraciones lentas, por lo que es intubado y trasladado al INP con TAC observando colección hiperdensa tempobasal izquierda de aproximadamente 2x2.3 cm compatible con una lesión hemorrágica subaguda, otra lesión hiperdensa temporal derecha, lesión subaracnoidea frontal izquierda, colección frontal bilateral no a tensión, surcos y cisuras conservadas, no edema cerebral.

Sospecha de hemorragia intracraneana contra meningitis.

Exploración Física: masculino de edad cronológica similar a la aparente, hábitos mesomorfo, cooperador, actitud flexor con estado 3 de PRENCHTL, sin movimientos estereotipados, con SNG y Puntas nasales, catéter femoral derecho, piel mormorea en extremidades inferiores.

Cráneo normocéfalo en fontanela anterior 3x2 sin abombamientos.

Arcos de movilidad de cuello completos, reflejo fotomotor presente, eritema en parpad superior izquierdo, reflejo de búsqueda negativo. Tórax con campos pulmonares con escasos estertores en ambos hemicampos, ruidos cariacos rítmicos sin soplos.

Abdomen sin visceromealias, extremidades superiores en AMP completos, entorno normal ara hombro, codo ashworth 1, mano normal, reflejo bicipital 3 izquierdo, 2 derecho, tríceps y estiroradial 3 izquierdo, 2 derecho, sensibilidad, responde a estímulos táctiles , miembros inferiores con AMP completos, tono bajo.

REMs disminuidos, actividad voluntaria.

Sin control cefálico, reflejo óptico visual negativo, no sigue objetos, reflejo cocleo palpebral positivo.

Preensión palmar y plantar positivos.

Uresis y evacuaciones presentes, tolera VO sin datos de dificultad respiratoria.

5 – octubre-2011

Colocación de catéter yugular, posteriormente se retira del sitio y se implanta el catéter venoso-central en femoral.

12 – octubre-2011

Se extuba sin complicaciones, se mantiene en observación

18 octubre 2011

Pico febril de 39.5⁰C

19-octubre-2011

Comité de infecciones nosocomiales: durante la vigilancia epidemiológica el 20-10-11 el laboratorio de bacteriología reporto hemocultivo central y periférico con resultado de Bscilo Gram (-) por lo que implementa aislamiento de contacto estricto.

20-octubre-2011

Pico febril 38⁰C

21 –octubre- 2011

A la valoración Uriel se encuentra irritable, somnoliento, polipneico con aleteo nasal, hiperexcitabilidad, por lo que se avisa al médico e indica nebulizaciones.

24-octubre-2011

Retiro de SNG así como de catéter central, ausencia de vomito por lo que se descarta ERGE fisiológico y patológico, evacuaciones de color amarillo, semifluidas.

De acuerdo a la valoración y a la tolerancia respiratoria sin PN ni casco de oxigeno se podría dar de alta a la siguiente semana.

Se encuentra consciente, orientado, activo y reactivo, respuesta a estímulos, seguimiento de objetos, hipoacusia o sordera del lado izquierdo, hipotonía de cuello, fuerza neuromuscular presente. SV estables.

26 octubre 2011

Inicia con rehabilitación

29-octubre-2011

Uriel se encuentra consciente, activo, reactivo, tranquilo, adecuada coloración de tegumentos, normohidratado, tolerancia respiratoria, hipotonicidad de cuello, pupilas reactivas con seguimiento de objetos, respuesta a estímulo sonoro de lado derecho, negativo en oído izquierdo, ausencia de vomito, abdomen blando deprecible, buen tono y fuerza muscular, reflejos arcaicos presentes, eritema periuretral por colocación

de sonda Foley retención por 24 horas, y dermatitis del pañal, se aplica calor local, se reporta a medico indicando paracetamol, y se da educación a la madre para evitar complicaciones de la dermatitis del pañal.

31-octubre-2011

Signos vitales dentro de parámetros normales, nsin presencia de fiebre, tolera adecuadamente VO, tranquilo, normohidratado, no datos de dificultad respiratoria, abdomen blande, depresible sin megalias, extremidades de tono normal.

Neurologicamnte estable, sin presencia de crisis convulsivas. Se da de alta y continua seguimiento por consulta externa.

1-noviembre-2011

Se da de alta, y se da plan de alta, integrándose al seguimiento del caso

16 noviembre-2011

Consulta médica con CAINM y se integra nueva valoración

Toma de destroxtix preprandial

| Fecha | Turno matutino | Turno vespertino | Turno vespertino |
|----------|----------------|------------------|------------------|
| 18/10/11 | 119 mg/dl | 85 mg/dl | 120 mg/dl |
| 19/10/11 | 102 mg/dl | 103mg/dl | 100 mg/dl |
| 20/10/11 | 98 mg/dl | 92 mg/dl | 92 mg/dl |

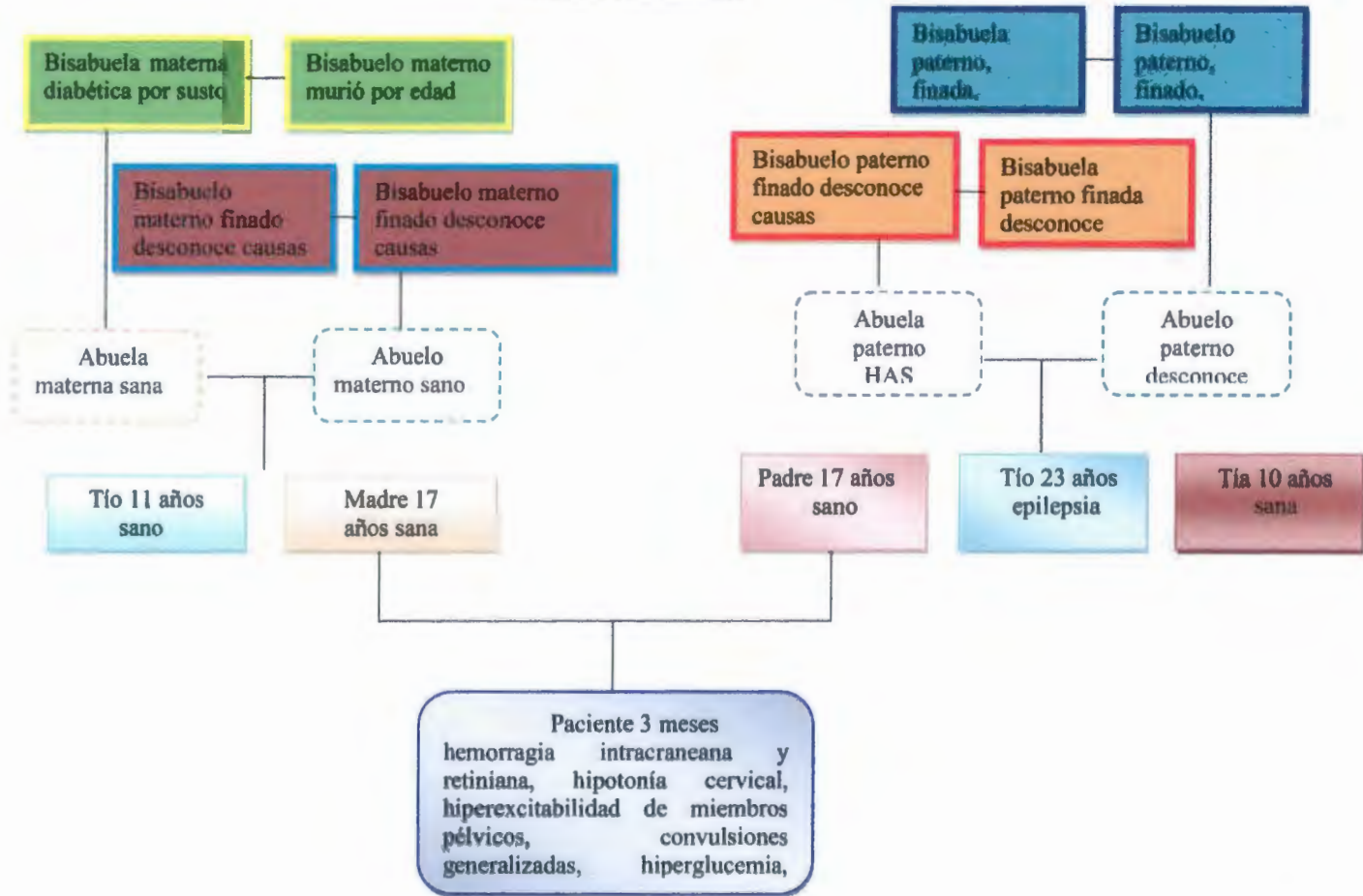
5.7. INTEGRANTES DE LA FAMILIA



Figura 10: Leo. Cintya Marlen Mejía Santana

| # | Nombre | Sexo | Edad | Escolaridad | Ocupación | Parentesco | APP |
|----|--------------------------------|------|------|--------------------------------|--------------------|-------------------|--|
| 1 | URIEL ALBERTO ALVAREZ JURADO | M | 17 | 4 SEMESTRE PREPARATORIA TRUNCA | CAPTURISTA | PADRE | APARENTEMENTE SANO |
| 2 | YURHEIM ORTIZ HIGUERA | F | 17 | 4 SEMESTRE PREPARATORIA TRUNCA | Estilista | Madre | SANA |
| 3 | DULCE HIGUERA SANCHEZ | F | 39 | Primaria | Hogar | Abuela materna | SANA |
| 4 | RAMON ORTIZ MARTINEZ | M | 40 | SECUNDARIA | OBRERO | Abuelo materno | SANO |
| 5 | SILVIA JURADO ALMAZAN | F | 43 | Licenciatura | ADMINISTRADORA DIF | Abuela materna | HIPERTENSE EN T ₁ CAPTOPRIL |
| 6 | ARDEL ALVAREZ TREJO | M | 45 | Lo desconoce | DESCONOCE DATOS | Abuelo paterno | DIABETICO |
| 7 | BISABUELO | M | 82 | DESCONOCE DATOS | DESCONOCE DATOS | Bisabuelo paterno | EPILEPSIA |
| 7 | SILVIA DENISSE VALENCIA JURADO | F | 10 | PRIMARIA INCOMPLETA | Estudiante | HERMANASTRA | SANA |
| 8 | DANIEL ALEJANDRO ALVARZ JURADO | M | 23 | PREPARATORIA INCOMPLETA | DESEMPLEADO | HERMANO | EPILEPSIA |
| 9 | ERICK ORTIZ HIGUERA | F | 11 | SECUNDARIA | ESTUDIANTE | HERMANO | SANO |
| 10 | INOCENCIA SANCHEZ | F | 60 | SECUNDARIA | HOGAR | BISABUELA | DIABETIC APOR SUSTO |

MAPA FAMILIAR



5.8

JERARQUIZACION DE LOS REQUISITOS

| REQUISITO | ALTERADO | NO ALTERADO | ORDEN |
|--|----------|-------------|-------|
| MANTENIMIENTO DEL APOORTE SUFICIENTE DE AIRE | X | | 1 |
| MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA DE LIQUIDOS SUFICIENTE | | X | 3 |
| MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA ADECUADA DE ALIMENTOS | X | | 2 |
| PROPORCION DE CUIDADOS EN RELACION A LA ELIMINACION | | X | 4 |
| MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL DESCANSO | X | | 6 |
| MANTENIMIENNTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL | | X | 8 |
| PREVENCION DE RIESGOS EN LA VIDA, LA FUNCION Y EL BIENESTAR HUMANO | X | | 5 |
| PROMOCION DE LA FUNCIONALIDAD Y EL DESARROLLO EN GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO AL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES Y EL DESEO DEL INVIDUO DE SER NORMAL | X | | 7 |

5.9 RELACIÓN DEFICIT

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (FORMATO PES) FECHA DE DETECCIÓN Y
FECHA DE RESOLUCIÓN

| REQUISITOS UNIVERSALES | DIA DETECTADO | FECHA DE RESOLUCION |
|--|---------------|---------------------|
| MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE | 4 octubre | 29 octubre |
| MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA DE LIQUIDOS SUFICIENTE | 4 octubre | 24 octubre |
| MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA ADECUADA DE ALIMENTOS | 4 octubre | 24 octubre |
| PORPORCION DE CUIDADOS EN RELACION A LA ELIMINACION | 29 octubre | 6 noviembre |
| MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL DESCANSO | 18 octubre | 1 noviembre |
| MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL | 24 octubre | 1 noviembre |
| PREVENCION DE RIESGOS EN LA VIDA, LA FUNCION Y EL BIENESTAR HUMANO | 14 octubre | Pendiente |
| PROMOCION DE LA FUNCIONALIDAD Y EL DESARROLLO EN GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO AL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES Y EL DESEO DEL INDIVIDUO DE SER NORMAL | 4 octubre | Pendiente |

| RECEPTOR DEL CUIDADO: U. G. A. O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO | |
| 1.MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DEL AIRE | Edad Estado de salud Estado de desarrollo o Etapas del ciclo vital Ambiente | Polipneico Llenado capilar retardado a 3 segundo Obstrucción de las vías aéreas Presencia de estertores en ambos hemicampos pulmonares | Diagnostico conocido Afección en el bulbo raquídeo Hipertensión intracraneal Presentar reflujo gastroesofágico | Integridad del sistema respiratorio con narinas permeables sin secreción nasal. Capacidad de movilizarse Atención hospitalaria multidisciplinaria Reflejo tusigeno Enseñar a la madre maniobra de fisioterapia pulmonar | |

Déficit en el mantenimiento del aporte suficiente del aire R/C obstrucción de la vía aérea M/P polipnea 96rxm, tos, taquipnea, aleteo nasal, cambios en la profundidad de la respiración, labios fruncidos, llenado capilar retardado de 3", estertores en hemicampos pulmonares, retracción xifoidea.

PREESCRIPCION DE ENFERMERIA

| | | |
|--|--|--|
| DIAGNOSTICO: Déficit en el mantenimiento del aporte suficiente del aire R/C obstrucción de la vía aérea M/P polipnea 96 rxm, tos, taquipnea, aleteo nasal, cambios en la profundidad de la respiración, labios fruncidos, llenado capilar retardado de 3", estertores en hemicampos pulmonares, retracción xifoidea. | | |
| OBJETIVO: -Uriel mantendrá su patrón respiratorio dentro de los límites normales, a través un monitoreo constante que permita priorizar eficazmente las intervenciones de enfermería, en un lapso de 72 hrs. -Minimizar los riesgos de hipoxemia cerebral | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Valorar el estado respiratorio y las constantes vitales. Mantener oxigenación de 1 L/min por minuto, puntas nasales o el uso de casco de oxígeno. Mantener el reposo en cama y cubrirlo en sus necesidades físicas y emocionales. Monitorizar la saturación de oxígeno con un oximetría de pulso Ministración medica prescrita de antibióticos, vigilando la coloración del esputo o secreciones Vigilar signos y síntomas anormales de la respiración Dar posición correcta al paciente | Las constantes vitales y el estado respiratorio indicaran si la ventilación es adecuada. La administración de oxígeno complementario reducirá la hipoxemia. El reposo reduce el ritmo metabólico y las demandas de oxígeno de los tejidos, de modo que se reduce la disnea. El tratamiento precoz de las infecciones bacterianas de los pulmones puede acelerar la recuperación y por tanto, reducir el trabajo de la respiración La posición semi-fowler permite la | Lactante manejó constantes vitales estables, ya que durante su hospitalización estuvo con casco de oxígeno el cual posteriormente se retiro usando posteriormente solo oxígeno indirecto de 3L/min. Saturando a 99% con un oximetría y manteniendo constantes vitales estables. Se dio una posición semi-fowler valorando la adecuada aplexión y amplexación torácica. Se llevo el control de diferentes estudios sanguíneos como la Bh, QS, y sobre todo la gasometría para valorar el patrón respiratorio. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>(semi-fowler).</p> <p>Mantener permeables las vías respiratorias.</p> <p>Auscultar tórax para comprobar características de los ruidos respiratorios y presencia de secreciones</p> <p>Vigilar signos de dificultad respiratoria</p> <p>Controlar los gases arteriales</p> | <p>expansión máxima del tórax y un mejor ingreso de aire en los pulmones. La respiración proporciona el oxígeno que el cuerpo necesita y elimina el dióxido de carbono o gas carbónico que se produce en todas las células.</p> <p>El control de los gases arteriales sirve para saber cómo su pulmón está oxigenando la sangre, verificar la necesidad o requerimiento de oxígeno, evaluar la adecuada eliminación del dióxido de carbono por el pulmón y en algunos casos determinar problemas metabólicos</p> | |
| <p>Indicador: SaO₂, FR 30-50x, coloración, tegumentos, mucosas, aplexión y amplexación torácica, estado de conciencia, llenado capilar 2".</p> | | |

⁷⁷ Diagnósticos de enfermería; Mi Ja kim; 1994.

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| DIAGNOSTICO: Deterioro en el intercambio gaseoso R/C retención de secreciones M/P estertores en hemicampos pulmonares, tos, dificultad respiratoria, esputo espeso color hialino. | | |
|---|---|---|
| OBJETIVO: U. mantendrá la permeabilidad de las vías aéreas a través de limpieza de las mismas durante su estancia hospitalaria | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Evaluar las características de las respiraciones Observar cambios en la frecuencia respiratoria y profundidad de las respiraciones Observar aparición de polipnea, aleteo nasal, utilización de músculos accesorios para respirar Aspirar secreciones siempre que sea necesario Dar posición funcional (semifowler) Ayudar al paciente a expectorar proporcionándole nebulizaciones adecuadas (salbutamol), mascarilla facial o tienda de oxígeno Asegurar la ingesta adecuada de líquidos por vía oral sino están contraindicados. Sin embargo, no hay que darle leche ni formulas | La posición de sedestación erguida aleja a los órganos abdominales de los pulmones, permitiendo una mayor expansión Estos signos indican que el tratamiento no es eficaz y puede producir un empeoramiento del estado del niño La respiración diafragmática disminuye la frecuencia respiratoria y aumenta la ventilación alveolar La humidificación con vapor fresco y templado humidifica las vías aéreas, fluidifica las secreciones y reduce el edema bronquial Aunque por lo general los líquidos hacen más fluidas las secreciones, la leche y las formulas las hacen más espesas | El menor estuvo recibiendo antibiototerapia por lo que las secreciones fueron valoradas siendo esputo espeso hialino en ambos hemicampos pulmonares, sin embargo durante la estancia hospitalaria y se valoraban los campos pulmonares siendo cada día mas escasos hasta su completa adecuada ventilación pulmonar ayudado por las continuas nebulizaciones, oxígenos indirecto, posición semifowler, fisioterapia pulmonar cuando lo requería e ingesta de líquidos claros. No se pudo aspirar secreciones por no contar con la autorización del jefe de servicio, sin embargo se comento a enfermera de turno. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>concentradas</p> <p>Valorar la densidad de secreciones y la capacidad del menor para expulsarlas.</p> <p>Realizar aspiración de secreciones nasofaríngeas</p> | <p>La tos ayuda a movilizar y eliminar las secreciones, y la respiración profunda facilita la expansión pulmonar</p> <p>Aspirar al niño para mantener la permeabilidad de las vías aéreas, sobre todo si la tos del niño resulta ineficaz</p> | |
| <p>Indicador: SaO₂, FR 30-50x, coloración, tegumentos, mucosas, apleción y amplexación torácica, estado de conciencia, llenado capilar 2^o, escaso esputo hialino, campos pulmonares ventilados, gases arteriales.</p> | | |

⁷⁸ Speer, k. M. (1993). *cuidados de enfermería en pediatría*. España: Doyma.

PREEESCRIPCION DE ENFERMERIA

| | | |
|--|---|---|
| DIAGNOSTICO: Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio ventilación-perfusión M/P hipercapnia, polipnea 96 rxm, hipoxia, palidez tegumentos, piel marmórea, llenado capilar mayor a 3 segundos. | | |
| OBJETIVO: Que Uriel alcance las optimas condiciones de un adecuado patrón respiratorio optimizando la calidad de vida de acuerdo a las capacidad de salud | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Valorar el estado respiratorio y las constantes vitales Valorar estado respiratorio cada 2 horas Oxigenoterapia Mantener el reposo en cama Controlar los gases arteriales en sangre | Las constantes vitales y el estado respiratorio indicaran si la ventilación es adecuada La administración de oxígeno complementario reducirá la hipoxemia El reposo reduce el ritmo metabólico y las demandas de oxígeno de los tejidos de forma que se reduce la disnea. Esto indica la idoneidad de la ventilación y la perfusión. | Tras llevar a cabo lo planeado tenemos signos vitales dentro de parámetros normales, consiente, sin cianosis peribucal, adecuada ventilación con apoyo de oxígeno indirecto, llenado capilar de 2" sin cianosis ungueal. No se valora la SaO ₂ ya que no contaba con monitorización continua. |
| INDICADOR: SaO ₂ , gasometría arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, movimientos torácicos, conciencia, llenado capilar, coloración tegumentaria. | | |

79

⁷⁹ Diagnósticos de enfermería; Mi Ja kim; 1994.

| RECEPTOR DEL CUIDADO: U. G. A. O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO | |
| 2. MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA DE LIQUIDOS SUFICIENTE | Edad Estado de desarrollo o Etapas del ciclo vital Familia Creencias socioculturales y religiosa Recursos financieros Sistema de salud Estado de salud | Aporte insuficiente de líquidos claros Contar con sonda orogástrica. | Etapa de desarrollo donde el niño solo toma formula Ingurgitación esofágica | Se ministra formula láctea a través de la sonda orogástrica. Tiene la capacidad de succionar y deglutir | |

Riesgo en el mantenimiento de una ingesta de líquidos suficiente R/C vómitos.

| | | |
|--|---|---|
| DIAGNOSTICO: Riesgo en el mantenimiento de una ingesta de líquidos R/C vómitos frecuentes | | |
| OBJETIVO: Prevenir que Uriel presente un desequilibrio hidroelectrolítico mediante un control de líquidos durante su estancia hospitalaria | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: parcialmente compensatorio, apoyo educativo | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| <p>1.Realizar control de líquidos administrados y eliminados Vigilar signos de deshidratación (palidez de tegumentos, llanto sin lagrimas, mucosas secas, materia fecal muy dura o estreñimiento, oliguria)</p> <p>2.Administrar líquidos orales se están indicados para contrarrestar la deshidratación</p> <p>3.Cuando se dan alimentos por la boca y líquido IV al mismo tiempo, es necesario apegarse cuidadosamente al volumen prescrito</p> <p>4. Anotar la actividad, grado de conciencia y signos neurológicos.</p> <p>5. El plan de hidratación debe ser amplio con un importante aporte de sodio</p> | <p>1.Se llevara un protocolo de control de liquido con la finalidad de que el niño no caiga en una deshidratación grave que comprometa su salud a través del vomito, y orina, etc. habiendo afección celular que se relaciona a nivel hemodinámico, neurológico y cardiaco.</p> <p>2.Ayuda a recuperar liquido que se perdió.</p> <p>3.Evitar sobrecarga circulatoria</p> <p>4.Al haber un desequilibrio hidroelectrolítico se ven modificadas el estado de conciencia, palidez y deshidratación en piel y mucosas, a nivel renal y sobre todo a nivel cardiológico</p> <p>5.Para prevenir la aparición de hiponatremia o hipovolemia</p> | <p>Se valora la hidratación de la piel, mucosas, lagrimeo, cantidad de diuresis y color, consistencia de materia fecal, llenado capilar, calidad del pelo, salivación.</p> <p>Se llevan a cabo estudios de laboratorio conservándose el equilibrio acido-básico e hidroelectrolítico dentro de parámetros normales.</p> <p>Se lleva cabo la dosificación de adecuada de vía parenteral y oral.</p> <p>Se lleva a cabo la prescripción médica de solución adecuada (glucosa 5% y fisiológica .9%) cubriendo los requisitos hídricos que no cubren por SOG y posteriormente al retirarse la sonda por VO.</p> |
| INDICADOR: Turgencia de la piel, diuresis, excretas, mucosas orales, conjuntivas, lagrimas, campos pulmonares ventilados. | | |

| RECEPTOR DEL CUIDADO: U. G. A. O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | |
|--|--|---|--|--|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO |
| 3. MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA ADECUADA DE ALIMENTOS | <p>Edad</p> <p>Creencias socioculturales y religiosa</p> <p>Estado de desarrollo o Etapas del ciclo vital</p> <p>Estado de salud</p> | <p>Ingurgitación esofágica pre y posprandial de contenido alimenticio sin causa externa.</p> <p>Incapacidad de retención de alimentos</p> <p>Hiper glucemia</p> | <p>Movimiento y posición neutra hay regurgitación gastroesofágica.</p> <p>El continuo vaciamiento gástrico produce una pérdida importante de nutrimentos y lo conllevan a adquirir un peso menor para su edad.</p> <p>Presencia de sonda orogastrica</p> <p>Como respuesta metabólica al trauma y estrés se descompensa la glucemia y el estado metabólico (decrece la insulina)</p> | <p>Aparato digestivo integro</p> <p>Presenta el reflejo se succión y de deglución.</p> <p>Aporte de requerimientos por SOG</p> |

Déficit en el mantenimiento de una ingesta adecuada de alimentos R/C ingurgitación esofágica, debilidad de músculos cervicales M/P vomito de contenido alimenticio en proyectil y regurgitaciones.

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|--|--|--|
| DIAGNOSTICO: Déficit en el mantenimiento de una ingesta adecuada de alimentos R/C ingurgitación esofagica, debilidad de músculos cervicales M/P vómitos de contenido alimenticio en proyectil y regurgitaciones. | | |
| OBJETIVO: Que Uriel alcance mejoría en sus condiciones de nutrición para un adecuado crecimiento y desarrollo | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: parcialmente compensatorio, apoyo educativo | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| <p>1. Comprobar la correcta ubicación de la sonda y su permeabilidad antes de cada toma.</p> <p>2. Alimentarlo por sonda y en posición sentado o conservar una posición erecta de 30 grados prono</p> <p>3. Espesar la formula en cada comida</p> <p>4. Medir el contenido gástrico residual antes de cada toma intermitente o cada 4-8 horas en alimentación continua.</p> <p>5. Consultar con el médico si el volumen residual supera a los 150 ml en la toma intermitente o el 20% del volumen perfundido en 1 hora en la alimentación continua.</p> <p>6. Manipular al niño con delicadeza, con el mínimo de movimientos durante</p> | <p>Comprobar que la SOG no esté en pulmón ya que se propiciaría de un kilotórax, a un paro respiratorio, y con la adecuada posición por gravedad el alimento desciende así como el espesamiento de la formula, que si está muy espesa propicia a que haya una presión en el cardias habiendo vomito del contenido.</p> <p>4. La cuantificación de ingresos y egresos alimentarios y el peso son determinantes para detentar perdida del mismo y complicaciones.</p> <p>6. Manipular lo menos posible evita a que haya movimiento del contenido</p> | <p>Se le ministra formula a través de la sonda orogástrica con posición semi-fowler y despacio evitando la distención abdominal u otros problemas gastrontestinales..</p> <p>Posteriormente se da prescripción que se retire instruyendo a la madre como debe alimentarlo la cual se valora sus acciones y se corrige los desperfectos, se aclaran dudas y se dan sugerencias.</p> <p>La madre repite las acciones y las va describiendo, se da hincapié de que debe hacer que repita así como la importancia de la misma acción y de no recostarlo inmediatamente después de la toma y de manipularlo lo menos posible.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>la comida u después de ella para evitar vómitos</p> <p>7.Hacerlo eructar durante la comida y al terminarla</p> <p>9. Prevenir/detectar la aparición de complicaciones derivadas de la colocación y mantenimiento de la sonda, y de la formula de alimentación.</p> <p>10. Explicar que la alimentación por sonda es una situación temporal y que cuando el niño supere el problema o se corrija la anomalía, podrá alimentarse por vía oral. Demostrar la importancia de la correcta nutrición/hidratación</p> <p>11. Coordinando con la nutricionista para que le proporcione una dieta adecuada para su edad.</p> <p>16.Explicar la conveniencia de despertar completamente al niño antes de iniciar la alimentación</p> | <p>alimentario y se produzca una regurgitación al vomito.</p> <p>7. El aire que se acumula en el estómago del bebé ocurre en gran parte mientras traga al alimentarse, pero también pasa cuando llora e incluso mientras respira. Este aire puede hacer que el bebé se sienta lleno antes de haber tomado suficiente leche, el estómago queda distendido y puede causarle mucha incomodidad.</p> <p>10.Informar a la persona y a sus familiares acerca de sus necesidades de salud</p> <p>11.El trabajo interdisciplinario favorece un cuidado integral a la persona</p> <p>16.si esta alerta su succión será más intensa y efectiva</p> | |
|---|--|--|

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|--|---|---|
| DIAGNOSTICO: Riesgo de aspiración R/C reflujo continuo de contenido gástrico al interior del árbol traqueo-bronquial | | |
| OBJETIVO: Minimizar las posibilidades de aspiración que ponga en peligro la vida de Uriel durante su estancia hospitalaria | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | | SISTEMA DE ENFERMERÍA: totalmente compensatorio, educativo |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Suministro de oxígeno indirecto | La ministración de oxígeno indirecto impide que haya una resequeadad de la mucosa nasal, que se alteren los cilios que se encargan de humidificar, calentar el aire y encapsular lo sucio para después expulsarlo. (Fundamentos de enfermería; Bárbara, Kozier; 1994). La administración de oxígeno complementario reducirá la hipoxemia y los estudios de gasometría nos indicaran alguna alteración de acidosis o alcalosis(Fundamentos de enfermería; Bárbara, Kozier; 1994). | Después de puesto en ejecución lo planeado se valora que la vía aérea y el árbol bronquial está libre de secreciones, líquidos o sólidos. Durante la estancia del menor en hospitalización la posición en cama fue semi-fowler (45°), se instruyo a la madre a la correcta posición durante la alimentación y de la importancia de este así como la eliminación de gases y de no recostarlo inmediatamente después de cada toma. |
| Mantener al paciente en posición semi-sentado sandifer, prono a 30 grados | La posición adecuada facilita una expansión máxima del pecho y que se horizontalice el esófago y que haya un aumento de presión toraco-abdominal | Uriel no presenta problemas para la alimentación, succiona adecuadamente, repite, no tiene problemas gastrointestinales con distensión, estreñimiento, aire abdominal, cólicos y no se encuentra irritable a su palpación. |
| Mantener erguido al lactante mientras | De este modo, se previene la | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>recibe el alimento</p> <p>Evitar la posición de decúbito supino inmediatamente después de las tomas y las que mantengan el estomago horizontal.</p> <p>Incorporar fisioterapia del tórax</p> <p>Dormir con la cabecera de la cama en posición de fowler.</p> | <p>aspiración mientras el lactante ingiere el alimento (enfermería de la infancia y adolescencia; C.I.Gomez Garcia.et.al.; 2001).</p> <p>En posiciones horizontales existe una mayor posibilidad de reflujo gastroesofagico tras la ingestión del alimento. (Enfermería de la infancia y adolescencia; C.I.Gomez Garcia.et.al.; 2001).</p> <p>La fisioterapia ayuda a eliminar las secreciones de los segmentos de los pulmones al árbol traqueo bronquial (enfermería de la infancia y adolescencia; C.I.Gomez Garcia.et.al.; 2001).</p> | |
| <p>INDICADOR: ausencia/presencia de regurgitaciones y de vómitos, coloración, respiraciones, conciencia, posición corporal, características del patrón respiratorio</p> | | |

| RECEPTOR DEL CUIDADO: U. G. A. O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | |
|---|--|---|--|--|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO |
| 4.PROPORCION DE CUIDADOS EN RELACION A LA ELIMINACION | Edad Ambiente Familia Estado de desarrollo Estado de salud | Colocación de sonda vesical intermitente. Eritema periuretral Dermatitis del pañal Evacuaciones de color amarillas | Continuo sondaje vesical Irritación en zona periuretral e inadecuada técnica de asepsia en colocación de de la sonda. Humedad en el área del pañal. Dieta láctea y ministración de medicamentos anticonvulsivantes. | Autodependiente de la madre y de la enfermera en turno. Cambios de postura Limitaciones de la zona del pañal |

Déficit de proporción de cuidados en relación a la eliminación R/C sonda vesical, humedad en el área de pañal, ministración de m/s M/P eritema periuretral, evacuaciones de color amarillas, dolor local, eritema en bordes laterales del pañal.

PREESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|---|---|---|
| DIAGNOSTICO: Déficit de proporción de cuidados en relación a la eliminación R/C sonda vesical, humedad en el área de pañal, ministración de medicamentos M/P eritema periuretral, evacuaciones de color amarillas, dolor local, eritema en bordes laterales del pañal. | | |
| OBJETIVO: U. mantendrá intacta la integridad cutánea durante su hospitalización a través de las intervenciones específicas de enfermería | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda Mantener fija el tubo de drenaje a la pierna calculando la movilidad del mismo Lavar bien los restos acumulados en el catéter cerca del meato urinario, girar este sobre su eje longitudinal Mantener la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga Valorar aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco suprapúbico, orina turbia o mal oliente, hematuria. -Mantenga humectada la piel y no utilice cremas grasosas. | Esto evita que haya estirones y un posible trauma. Se evitan adherencias y que la sonda sea obstruida Se previenen infecciones por reflujo Indicadores de infección urinaria Una piel sana intacta, es la primera línea de defensa del cuerpo El grado en que la piel protege a los tejidos subyacentes de las lesiones depende de la salud general de las | No valorado la instalación y permanencia de la sonda vesical, ya que a la exploración física no contaba con ella, pero se observó eritema periuretral. Al realizarse los cambios posturales cada 2 horas no se detecta alguna zona de presión. El llenado capilar se encuentra dentro de los parámetros normales 2". La piel se encuentra íntegra, hidratada, normotensa, adecuada higiene, sin problemas patológicos. Se llevan a cabo los cuidados de |

| | | |
|---|--|--|
| <p>-Mantener la piel del enfermo seca prestando atención a las áreas de irritación potencial, axilas, ingles. - evitar irritación cutánea en área de pañal</p> <p>-Realice curación de heridas que pueda tener el niño utilizando solución salina y apósito estéril.</p> <p>-Realice cambios de posición según la necesidad del niño.</p> <p>-Valore la presencia o aparición de zonas de presión: enrojecimiento, palidez.</p> <p>-Realice masaje en cuero cabelludo y orejas.</p> | <p>cellas, de la cantidad de tejido subcutánea y de la sequedad de la misma</p> <p>La humedad en contacto con la piel durante un periodo prolongado puede causar un incremento del crecimiento bacteriano e irritación.</p> <p>La técnica estéril evita infecciones y gases secos atrapan en su superficie los tejidos infectados</p> <p>El cambio postural nos puede facilitar el drenaje de secreciones respiratorias, prevenir s úlceras por decúbito por la presión prolongada en cama,</p> <p>Son puntos que producen sensaciones placenteras con apenas acariciarlos</p> | <p>enfermería durante el baño como la estimulación, masaje corporal, sensibilidad, detección de posibles alteraciones tisulares.</p> <p>Tendido de cama con estiramiento adecuado, ropa seca y protección con barandales, cambios de pañales durante la eliminación de excretas.</p> |
| <p>Indicador: Circulación, temperatura, lesiones, deshidratación, turgencia, llenado capilar, elasticidad.</p> | | |

⁶² OLIVIERI, K. E. (1994). *ENFERMERIA FUNDAMENTAL. conceptos, procesos y practica*. Mexico: Interamericana McGraw-Hill.

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| DIAGNOSTICO: Déficit de proporción de cuidados en relación a la eliminación R/C eritema en área del pañal M/P dolor, llanto, irritabilidad, facies de dolor, rubor | | |
|---|--|---|
| OBJETIVO: Aumentar la calidad del bienestar humano disminuyendo las molestias ocasionadas por el dolor | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Registro de constantes vitales cada 4 horas. Valorar y anotar la descripción, localización, duración y características del dolor. Administrar analgésicos prescritos Anotar la respuesta a la medicación Aplicar compresas calientes en | El control de funciones vitales me va a permitir identificar signos de alarmas de un mal funcionamiento orgánico ya que son parámetros a identificar. Es muy importante y necesario tener un método para la evaluación del dolor; ya que sin la evaluación del dolor, con frecuencia es imposible establecer si un tratamiento es eficaz, y además podemos saber cual es la intensidad del dolor. Calmar el dolor debe de formar parte de los objetivos de la calidad de la asistencia y su medición es necesaria para saber si se alcanzan o no los criterios de calidad. Los analgésicos alteran la percepción y la interpretación del dolor, deprimiendo el sistema nervioso central al nivel del tálamo y el cortex cerebral El calor facilita la vasodilatación de | La irritación presente en el área del pañal fue disminuyendo inspeccionando el área física y la irritabilidad presente en el niño fue cada día menos gracias a que tanto el personal de enfermería y familiar mantuvieron el área de pañal seca y con las prescripciones medicas para el alivio del dolor y de la irritabilidad en la piel. |

| | | |
|--|---|--|
| <p>irritación uretral y posteriormente compresas frías</p> <p>Evitar infecciones por <i>Candida</i>, <i>Pseudomonas</i> o <i>S. aureus</i> en dermatitis del pañal aplicando cremas emolientes, evitar humedad</p> | <p>vasos sanguíneos y el frío la vasoconstricción de los mismos</p> <p>La dosis de medicamento puede no ser adecuada para elevar el umbral de dolor del paciente o puede no tener efectos secundarios como depresión respiratoria</p> <p>En el área hospitalaria predominan gérmenes de diferentes tipos, características y de diferente grado de patogenicidad que al penetrar la barrera de protección llegan a ocasionar infecciones de gran tamaño con tratamiento médico prolongado.</p> | |
| <p>Indicador: Escala visual análoga (EVA), escala numérica, escala de Campbell, signos vitales (FC, FR, T⁰, T/A), diaforesis, irritabilidad, llanto, inmovilidad, estado de conciencia.</p> | | |

⁸³ OLIVIERI, K. E. (1994). *ENFERMERIA FUNDAMENTAL. conceptos, procesos y practica*. Mexico: Interamericana McGraw-Hill.

| RECEPTOR DEL CUIDADO: U. G. A. O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO | |
| 5. MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL DESCANSO | <p>Edad</p> <p>Estado de desarrollo o etapas del ciclo vital</p> <p>Familia</p> <p>Estado de salud</p> | <p>Su sueño es interrumpido cada que lo manipula el personal sanitario o el mismo ruido que rodea su entorno.</p> <p>La afección de su padecimiento presenta un estímulo doloroso que interrumpe su tranquilidad.</p> <p>Irritabilidad, llanto.</p> | <p>El ambiente hospitalario es una área de mucho ruido donde el personal sanitario y pacientes están en dialogo a todo momento fomentando un estrés, inquietud incluso irritabilidad para el paciente.</p> <p>La incomodidad del reflujo y la presencia de eritema uretral desencadena la fisiología del dolor</p> | <p>Capacidad de conciliar el sueño a toda hora.</p> <p>Totalmente dependiente al cuidado de la madre quien fomenta su sueño cargándolo entre sus brazos.</p> <p>Capacidad de deglución para la aceptación de analgésicos</p> <p>La madre propicia el bien dormir del menor</p> | |

Déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el descanso R/C factores externos (ruido, procedimientos, dolor) M/P llanto, bostezos, irritabilidad

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|---|--|--|
| DIAGNOSTICO: Déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el descanso R/C factores externos (ruido, procedimientos, dolor) M/P llanto, bostezos, irritabilidad. | | |
| OBJETIVO: Que U. duerma por las noches respetando su ciclo circadiano y durante el día permanezca activo y reactivo en su estancia hospitalaria respetando sus horas de vigilia. | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: totalmente compensatorio, educativo | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Valorar y anotar la descripción, localización y duración del paciente. | El dolor es una experiencia personal y la enfermera debe confiar en la descripción (caritas) que expresa el paciente para poder tratarlo eficazmente. | Se identifican factores externos que interrumpen el sueño y se trata de minimizar. La madre se muestra cooperadora en cuanto a las actividades rutinarias planeadas. |
| Reducir o eliminar los factores que producen dolor como ropa húmeda o posturas inadecuadas | Eliminar los factores causantes reduce la incidencia del dolor | Se proporciona leche a la hora de ir a dormir, mostrándose el paciente tranquilo, sin molestias ya que se ministra analgésicos profilácticos (paracetamol). |
| Utilizar técnicas de distracción, masajes en la espalda, baño en tina, escuchar música suave, platicar. | Distrayendo la atención del paciente del dolor se consigue reducir la percepción del mismo, la estimulación cutánea alivia el dolor ya que bloquea los impulsos dolorosos que viajan a lo largo de las delgadas fibras nerviosas por la sinapsis del asta dorsal (teoría de la puerta-control). Así estos trucos favorecen la relajación muscular induciendo el sueño. | Se encuentra mucho mejor, activo a la visita de la madre y tranquilo durante las actividades. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Administrar analgésicos prescritos</p> <p>Anotar la respuesta a la medicación</p> <p>Identificar los factores que contribuyen a la interrupción del sueño.</p> <p>Utilizar soporíferos como la leche antes de la hora de dormir.</p> | <p>Los analgésicos alteran la percepción y la interpretación del dolor, deprimiendo el sistema nervioso central a nivel del tálamo y el córtex cerebral.</p> <p>La dosis de medicamentos puede no ser adecuada para elevar el umbral de dolor del paciente o tener efectos secundarios, como depresión respiratoria.</p> <p>El conocimiento de los factores causales permite controlarlos.</p> <p>La leche contiene triptófano, un precursor de la serotonina que se cree que induce y mantiene el sueño.</p> | |
| <p>Indicador: Activo, reactivo a estímulos externos.</p> | | |

84

| RECEPTOR DEL CUIDADO: U. G. A. O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO | |
| 6.MANTENIMIENNTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL | Estado de desarrollo o Etapas del ciclo vital Ambiente Familia Sistema de salud Estado de salud | Durante su hospitalización hay momentos largos en que se encuentra solo. Soledad Padres cooperadores para interactuar con su hijo Llanto | Los horarios establecidos por la institución impiden que familiares del menor permanezcan más a su lado. La distancia del área hospitalaria hacia su hogar dificultan la posibilidad de estar más tiempo con el menor. La sobrecarga laboral del personal de enfermería para cumplir el rol de cuidadora-acompañante | Autodependiente de la madre por lo que se le sugiere que permanezca a su lado el mas tiempo posible, que le hable, lo acaricie para que el menor sienta que esta alguien con el. Se recalca la importancia de que le lleve cascabeles o sonajas para la estimulación visual, auditiva y de contacto. Que se establezca el binomio. | |

Déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción social R/C distancia hospitalaria, horario establecido M/P llanto, soledad, falta de interacción madre-hijo.

Disposición para mejorar los conocimientos de los cuidados que requiere el niño en el hogar M/P interés de los padres hacia el cuidado del lactante, verbalización y retroalimentación.

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|--|--|--|
| DIAGNOSTICO: Déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción social R/C distancia hospitalaria, horario establecido M/P llanto, soledad, falta de interacción madre-hijo. | | |
| OBJETIVO: Que se establezca el binomio para que se desarrollen y haya un buen desarrollo afectivo y psicológico en la estancia hospitalaria. | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Fomentar la realización de actividades recreativas y sociales durante el día. Fomentar la participación de la familiar No despertar al paciente durante la noche. Sugerir baños tibios antes de dormir estableciendo una interrelación con la persona Proporcionando: posición adecuada, masajes en espalda. | Los masajes, posición adecuada, sedantes; son métodos de relajación que ayudaran a conciliar el sueño y evitar el estrés. Las medidas de relajación estimula a conciliar el sueño Un ambiente tranquilo y sin ruidos favorece un sueño reposado y sin interrupciones ya que cualquier ruido puede despertar a la persona e interrumpir el reposo. | Se identificaron los factores alterantes externos como las conversaciones del persona medico-enfermera, manejo del carro de enfermería, tecleo de maquinas de escribir, llanto, risas de niños vecinos. Se minimizaron los procedimientos invasivos durante la vigilia y sueño. Se llevan a cabo técnicas de relajación para Uriel como masaje corporal y baño del diario Ministración de analgésicos La presencia de la madre brinda confort y descanso. Uriel no presenta irritabilidad, bostezos, permanece despierto ante la presencia de la madre mostrándose activo, reactivo y balbuceante, con reconocimiento del rostro de la madre. |
| INDICADOR: Sin presencia de bostezos, de irritabilidad, activo y reactivo. | | |

85

⁸⁵ Flores, s. .. (s.f.). <http://www.reeme.arizona.edu/materials/pdf>. Recuperado el 21 de aril de 2012, de www.google.com

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|--|---|--|
| DIAGNOSTICO: Disposición para mejorar los conocimientos de los cuidados que requiere el niño en su hogar m/p interés de los padres hacia el cuidado de Uriel, verbalización y retroalimentación. | | |
| OBJETIVO: Que la familia conozca los cuidados que deben de tener con Uriel en su hogar | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| 1 Explicar a los padres la naturaleza del proceso y la evolución esperada del traumatismo craneal que padece el paciente 2 enseñar a los padres a que reconozcan los signos y síntomas de las posibles complicaciones, lo que incluye alteración del nivel de conciencia, cambios en la marcha del niño, fiebre y convulsiones 3 explicar a los padres el propósito de las medicaciones, con detalles sobre la administración y posibles efectos adversos 4 enseñar a los padres las precauciones que deben tomar si se | 1 esta información ayuda a los padres a comprender mejor la necesidad de tratamiento y los posibles efectos a largo plazo del traumatismo 2 esta información permitirá a los padres solicitar atención y consejo médico, cuando sea necesario 3 todos los medicamentos, tanto los que tratan las infecciones como los que se dirigen a convulsiones, deben asegurar la eficacia terapéutica. Conocer los efectos adversos potenciales permite a los padres acudir al médico si fuera necesario 4 tener en cuenta estas precauciones ayuda a prevenir traumatismos en los | Ante el temor del estado crítico de Uriel se detecta el deficiente conocimiento del familiar por lo que se le explica la patología, el tratamiento médico así como los efectos secundarios, la respuesta ante el mismo tratamiento y las posibles complicaciones u se puedan presentar durante su hospitalización así como en el hogar. Se le da un plan de alta de cuidados de enfermería a seguir así como los signos y síntomas que sugieran una urgencia. Los padres mencionan que en el hogar ya protegieron las áreas que indican algún riesgo para Uriel. |

| | | |
|---|---|---|
| <p>presentan convulsiones, lo que incluye tener a mano un depresor lingual en caso de urgencia, que el niño lleve un casco protector, mantenerle permeables las vías aéreas mientras dure un episodio convulsivo, y colocar barandillas en la cama</p> <p>5 poner énfasis en la importancia de las actividades diarias del niño, lo que incluye ejercicio diario o regular, estimulación e higiene</p> <p>6 proporcionar información adecuada sobre cinturones de asientos, medidas de seguridad para el coche, cascos protectores y no conducir bajo efectos de fármacos o alcohol</p> | <p>niños durante las convulsiones</p> <p>5 debido al traumatismo craneal, el niño puede haber perdido su capacidad para realizar ciertas actividades, y requerir entrenamiento y estimulación de forma continuada</p> <p>6 proporcionar esta información facilita que tanto el niño como sus padres tomen las precauciones y medidas de seguridad necesarias para disminuir el riesgo de otro traumatismo craneal</p> | <p>El padre asegura que en las consultas el que maneja es el suegro y que su esposa va en la parte trasera del asiento con Uriel.</p> <p>Ambos padres repiten con claridad las indicaciones que se le da en casos de que Uriel llegara a presentar alguna crisis convulsiva</p> |
| <p>INDICADOR: Retroalimentación verbal y practica de los cuidados enseñados, atención a las indicaciones, preguntas continuas.</p> | | |

⁸⁶ Speer, K. M. (1993). *cuidados de enfermería en pediatría*. España: doyma.

| RECEPTOR DEL CUIDADO: U.G.A.O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | |
|---|--|--|---|--|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO |
| 7. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LA VIDA, LA FUNCIÓN Y EL BIENESTAR HUMANO | <p>Edad</p> <p>Estado de desarrollo o Etapas del ciclo vital</p> <p>Ambiente</p> <p>Familia</p> <p>Recursos financieros</p> <p>Sistema de salud</p> <p>Estado de salud</p> | <p>Retraso en el desarrollo psicomotriz</p> <p>Actividad convulsiva</p> <p>Infección de catéter central y vía periférica</p> <p>Infección de vías respiratorias</p> <p>Irritación en meato urinario</p> <p>Inestabilidad de la glucosa</p> | <p>Alimentación y hospitalización lo conlleva a una alteración en su adecuado desarrollo psicomotriz</p> <p>Inadecuada técnica de asepsia y antisepsia</p> <p>Disminución de defensas inmunológicas, ambiente hospitalario, colocación de sonda orogástrica</p> <p>Sondaje intermitente</p> | <p>Redes sociales y familiares</p> <p>Reflejo tusígeno</p> <p>Respuesta corporal al control del metabolismo y de la glucemia</p> <p>Aferrarse a la vida dando respuesta positiva a estímulos y control externo siendo cooperador</p> |

Déficit en la prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano R/C presencia infección de catéter central y vía periférica M/P leucocitos elevados (>10000mm⁰) en catéter, eritema y rubor en zona infecciosa.

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|--|---|---|
| DIAGNOSTICO: Déficit en la prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano R/C presencia infección de catéter central y vía periférica M/P leucocitos elevados (>10000mm0) en catéter, eritema y rubor en zona infecciosa. | | |
| OBJETIVO: -U. mejorara su estado físico, a través de antibioticoterapia e intervenciones que favorezcan la erradicación de la infección en un periodo de 10 días. | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| No utilizar joyería en tanto se atiende a los niños. | En la joyería se acumulan microorganismos capaces de provocar infecciones, además de que esta puede provocar lesiones en la piel. | Antes del contacto con Uriel el cual se mantenía en aislamiento estricto, el personal sanitario familiar se lavaban las manos antes y después de entrar en contacto con Uriel así como el uso de bata y cubre bocas. |
| Lavado sistemático y completo de las manos: ·La primera vez será al ingresar la persona a la sala. ·La siguiente entre uno y otro contacto con los pacientes y después de tocar objetos contaminados. | El lavado de manos completo, meticuloso y frecuente es la base fundamental de la prevención de infecciones | Se manejaron las técnicas asépticas necesarias para prevenir posibles infecciones cruzadas disminuyendo el riesgo de infecciones hospitalario. |
| Utilizar batas de cubrimiento cuando se sospecha de infección. | El uso de bata sirve como barrera protectora o de aislamiento para evitar la propagación de microorganismos de un lugar a otro. | Se evitaron usar técnicas invasivas, trayendo como resultados que al siguiente estudio de laboratorio los leucocitos salieron dentro de parámetros normales ya que se inicio antibioticoterapia cumpliéndose los 10 días para posteriormente darse de |
| Evitar el personal con infecciones | La enfermera es responsable de | |

| | | |
|--|--|--------------|
| <p>Mantener todo lo que este en contacto con el niño limpio y estéril.</p> <p>Evitar al máximo las técnicas invasivas.</p> <p>Realizar curación en la herida diariamente</p> <p>Mantenga técnica aséptica en la manipulación de catéteres y demás procedimientos invasivos.</p> <p>Administre antibióticos según orden médica.</p> <p>Busque en la piel sitios de infección: rubor, calor o secreciones, en la entrada de catéteres.</p> | <p>reducir al mínimo la exposición del neonato a microorganismos invasores. Al utilizar medios libres de microorganismos se reduce el riesgo de infección.</p> <p>Las puertas de entrada realizadas resultan un medio importante de entrada.</p> <p>Los microorganismos se proliferan más rápidamente en heridas con sangre.</p> | <p>alta.</p> |
| <p>Indicador: Bh, QS, Hemocultivo, Signos vitales (FC, T⁰), rubor, calor, estado hemodinámico.</p> | | |

87

⁸⁷ Ricarte, L. P. (16 de Enero de 2009). *ENFERMERIA CIENCIA Y ARTE*. Recuperado el 13 de abril de 2012, de <http://eenfermeriauv.blogspot.mx/2009/01/plan-de-cuidados-riesgo-de-infeccion.html>

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|--|---|--|
| DIAGNOSTICO: Riesgo de lesión R/C actividad convulsiva (espasmo de la musculatura respiratoria durante la crisis, asfixia por aspiración de secreciones o vómitos, traumatismo por clonias). | | |
| OBJETIVO: - Que el familiar tenga los conocimientos en caso de convulsión y proteja a Uriel de sufrir lesiones que pongan en peligro su vida. | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Administrar antiepilépticos según prescripción médica. Dar indicación al familiar en cargo que conserve un registro de los fenómenos que rodean sus convulsiones (número, duración, tiempo en que ocurren) Vigilar en forma continua los signos vitales y neurológicos. Dar oxígeno | Ayuda a determinar la buena adaptabilidad terapéutica y del enfermo. Ocurre cierto paro respiratorio en el pico de cada convulsión, lo que produce congestión venosa e hipoxia encefálica. | Se vigilo la adecuada ministración de los medicamentos a su hora y la vía de ministración. Al llevarse a cabo lo planeado no se manifestó alguna crisis convulsiva. |
| Colocar al paciente en posición lateral de seguridad (decúbito lateral). | Darle posición lateral al paciente facilita la expulsión de secreciones y evita bronco-aspiraciones y asfixia. | El familiar manifestó verbalmente las acciones a tomar en caso de que se presentase en el hogar una crisis convulsiva. |
| Retirar toda ropa ajustada del paciente | Al retirar la ropa permite la dinámica respiratoria y evitar asfixia y así garantizar los cuidados adecuados. | |
| Sugerir que le tomen muestra de sangre | Para glucosa, nitrógeno ureico en sangre, electrolitos y niveles de anticonvulsivos, para descubrir | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Corroborar que soluciones tiene por vía periférica e iniciar la administración de goteo intravenoso</p> <p>Llevar hoja de balance hidro-mineral</p> <p>Se añade tiamina al goteo si se sospecha deficiencia vitamínica.</p> <p>Dar con lentitud anticonvulsivo intravenoso (diazepam, levotiracetam, orcabacepina, fenitoina, fenobarbital) por prescripción medica</p> <p>Interrogar a un miembro de la familia</p> <p>Valorar la colocación de sonda vesical</p> <p>Mantener abierta la vía aérea y usar un protector de lengua</p> | <p>anomalías metabólicas y como guía para la conservación de la homeostasia bioquímica.</p> <p>Solución salina Isotónica por vía IV para conservar la presión arterial; glucosa IV si la hipoglucemia es la causa, el goteo de glucosa detendrá la crisis.</p> <p>Para medir los ingresos y egresos del paciente diariamente.</p> <p>Para descartar una deficiencia vitamínica</p> <p>Para asegurar concentraciones eficaces en suero y tejido encefálico.</p> <p>Ante el interrogatorio minucioso de la familia se puede recabar información de antecedentes epilépticos, si fue ocasionado por un trauma o detectar si hay datos de infección como es el caso de la meningitis.</p> <p>Para el control de la diuresis</p> <p>Para evitar que la lengua obstruya las vías aéreas.</p> | |
| <p>INDICADOR: presencia de crisis convulsivas, administración adecuada de medicamentos prescritos, retroalimentación verbal de las acciones a llevar en presencia de crisis convulsivas.</p> | | |

88

88

www.compendiodeenfermeria.com/3757-diagnosticos-de-enfermeria-en-pacientes-con-convulsiones. (s.f.). Recuperado el 14 de noviembre de 2011, de www.google.com

| | | |
|---|---|--|
| <p>deshidratación (tensión arterial, pliegue cutáneo, sequedad de la mucosa y tono del globo ocular) Vigilancia del nivel de conciencia</p> <p>Aplicación correcta de la insulina</p> <p>Determinación de la glucemia mediante tiras reactivas de glucosa oxidasa cada 60 minutos hasta la estabilización. Toma de electrolitos cada hora o dos horas Se realizara gasometría al inicio posteriormente cada 2 horas Monitorización electrocardiográfica</p> | <p>adecuada.</p> <p>Es importante para detectar precozmente a aparición de edema cerebral o incluso hipoglucemia severa. El conocimiento de las vías de administración de la insulina y los ritmos de infusión son necesarios para una utilización correcta de la misma.</p> <p>Será necesaria para la presencia de arritmias y morfología de la onda T como indicador de los niveles de potasio.</p> | |
| <p>INDICADOR: Glicemia capilar preprandial, Bh, QS, glucosa central, estado de conciencia, billi-labstix.</p> | | |

89

89

A. Esteban de la Torre, C. M. (2000). *MANUAL DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA PEDIATRIA*. España: Springer-Verlag Iberica.
Paula Andrea Medina Moncada, S. C. (2004). Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias. *Investigación y Educación en Enfermería*, 48-60.

| RECEPTOR DEL CUIDADO:U.G.A.O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | |
|--|--|--|---|---|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO |
| 8.PROMOCION DE LA FUNCIONALIDAD Y EL DESARROLLO EN GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO AL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES Y EL DESEO DEL INVIDUO DE SER NORMAL | <p>Edad</p> <p>Estado de desarrollo o etapas del ciclo vital</p> <p>Ambiente</p> <p>Familia</p> <p>Recursos financieros</p> <p>Estado de salud</p> | <p>Incapacidad, abolición para poder desarrollar habilidades psicomotoras relacionadas a su etapa de desarrollo.</p> <p>Mirada fija</p> <p>Seguimiento de objeto negativo</p> <p>Hipotonicidad cervical</p> <p>Respuesta al estímulo auditivo negativo</p> <p>Reflejo del caminante negativo</p> | <p>Barrera nosocomial.</p> <p>Retraso en y crecimiento desarrollo</p> | <p>Interés de la madre en el cuidado de su hijo, el niño siente confort a lado de ella.</p> <p>Cooperador ante la manipulación del personal hospitalario.</p> |

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|--|---|---|
| DIAGNÓSTICO: Retraso en el crecimiento y desarrollo R/C maltrato físico, M/P mirada fija, seguimientos de objetos negativo, imposibilidad para sostén de tronco y cervical, respuesta auditiva negativo, reflejo del caminante negativo. | | |
| OBJETIVO: U. alcanzará el potencial máximo en el desarrollo mental y físico de acuerdo a sus posibilidades, cubriendo sus necesidades físicas y emocionales a través de intervenciones especializadas que contribuyan a su bienestar, durante su estancia hospitalaria. | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: totalmente compensatorio | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| <p>Vigilancia del desarrollo cognitivo, social y psicomotor del niño. Vigilar la altura y el peso a intervalos regulares. Ayuda la madre a proporcionar cuidados adecuados de rehabilitación o estimulación a niño con daño neurológico, se sugiere que apoye con alabanzas en cada logro, así como de estimulación psicomotora. Procurar que sea una persona, dos a lo sumo, la responsable directa de los cuidados o del apoyo que necesita el niño. Evaluar continuamente en el hogar los peligros de seguridad vigilando comportamiento de la familia y el cumplimiento de las intervenciones de enfermería. Edad de los padres Consanguinidad de los padres Adecuar el entorno a las necesidades del niño</p> | <p>La vigilancia estricta proporciona información para detectar alteraciones que interfieran en su crecimiento y desarrollo minimizando las menores complicaciones y detectando podemos encontrar alternativas de solución. El crecimiento y desarrollo siguen una dirección cefalocaudal, se produce dentro del cuerpo hacia afuera. El desarrollo avanza de simple a complejo, o de actos sencillos a íntegros (Fundamentos de enfermería; Bárbara, Kozier; 1994). Haciendo participe a la madre se establece el binomio con el menor, siendo benéfico y óptimo para alcanzar las metas establecidas. Debido a las necesidades complejas del niño, es necesario estar en continua valoración del crecimiento y desarrollo, así se identificara la participación e interés por parte del</p> | <p>Entre cada consulta del menor en el INP, se hace una nueva valoración focalizada, a días anteriores se establece un plan de cuidado de estimulación al niño con daño neurológico, donde la familia se ve involucrada en llevar a cabo estas actividades. A la valoración focalizada se detecta que la hipotonicidad cervical va disminuyendo, y los patrones de desarrollo han cambiado positivamente. Se aclararon dudas del familiar y se supervisó la alimentación óptima para el menor. La contribución familiar fue cooperativa, resultando como apoyo y aprendizaje Se llevo a cabo la estimulación temprana bajo la supervisión de la abuela en custodia y con resultados</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Determinar conjuntamente con los padres/cuidadores los objetivos a alcanzar evitando expectativas poco realistas que generarían frustración y desanimo</p> <p>Establecer un plan de actuación adecuado a la edad y posibilidades del niño, que estimule el desarrollo de aquellas áreas en que existen carencias o retrasos; las actividades variaran dependiendo de la edad y situación del niño, pedir la opinión y permitir las elecciones de los padres.</p> <p>Explicar la secuencia normal de crecimiento y desarrollo</p> <p>Explicar las habilidades requeridas para el cuidado del niño</p> <p>Responder con sinceridad a las preguntas de los padres/cuidadores respecto a las posibilidades de desarrollo del niño; mantener una actitud optimista, pero sin fomentar falsas esperanzas</p> <p>Observar a la madre y al niño durante la interacción especialmente cuando le da de comer</p> <p>Si es adecuado, establecer con los padres/cuidadores un programa de ejercicios de estimulación progresiva</p> | <p>cuidador primario y familia.</p> <p>Tener en cuenta las condiciones del niño y del entorno en el momento de hacer la valoración ya que los resultados pueden verse alterados por el cansancio, hambre, malestar físico, o el desconocimiento del entorno. (Diagnósticos enfermeros; Luis, Ma. Teresa; 1998).</p> <p>Determinar conjuntamente con los padres/cuidadores los objetivos a alcanzar evitando expectativas poco realistas que generarías frustración o desanimo (Diagnosticos enfermeros; Luis, Ma. Teresa; 1998).</p> <p>Establecer un plan de actuación, adecuado a la edad y posibilidades del niño, que estimule el desarrollo de aquellas áreas en que existen carencias o retrasos; las actividades varían dependiendo de la edad y situación del niño, pudiendo ir desde proporcionar juguetes de colores vivos, coger al niño en brazos, permitirle la máxima libertad de movimiento en las extremidades, etc.</p> | <p>factibles a la siguiente valoración.</p> |
| <p>INDICADOR: escalas de Denver, escalas de CDC, escala clínica de WOOD, escala Silverman, valoración e reflejos primitivos presentes, exploración neurológica en la infancia temprana (adquisiciones fundamentales en el DPM), escala de Glasgow.</p> | | |

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|---|--|---|
| DIAGNOSTICO: Temor de los padres R/C hospitalización, crisis situacional y enfermedad crónica M/P verbalización, facies de preocupación, gestos | | |
| OBJETIVO: -Mejorar la adaptación de los padres al proceso de hospitalización, a través de la integración a actividades intrahospitalarias, en donde se fomente el vínculo familiar, en un periodo de una semana | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Explicar a los familiares con asertividad y ser concesivos los procedimientos y tratamientos que requiere el menor para su mejoría. Brindar toda la información que necesite y /o solicite, evitando las mentiras. Permanecer a lado del familiar ante la detección de temor o angustia. | El apoyo del familiar es una base importante para sobrellevar diferentes adversidades que se presentan en la vida El interrelacionarse con la persona ayudara a que en ella brote una confianza y seguridad, permitiendo que la persona se sienta más cómoda y colabore con los procedimientos de enfermería. Es muy importante recibir apoyo emocional porque de esta manera se sientes más seguras y comprendidas y no se sienten solas. El objetivo central del apoyo emocional es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su enfermedad y tratamiento. Ésta posición activa permite que el | Al inicio de la valoración los familiares se notaban tensos, preocupados y tristes por la situación que cursa el menor, al brindarle confianza y seguridad se minimizo el temor, se aclararon dudas respecto al padecimiento siendo claros y concisos sin mentiras ni engaños valorando esta información sin proporcionar más de lo que compete a enfermería. Se invito a ser coparticipes al cuidado integral de Uriel y de la importancia de su participación ante la estimulación durante el baño, la conversación de la madre hacia el niño, el arrullo al cargarlo. Se permaneció alado del familiar cada vez que requería el apoyo emocional con sugerencias ante el cuidado. |
| Explicar con información real y exacta sobre la situación y lo que cabe esperar. | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Reconoce la preocupación de la familia y la necesidad de información y apoyo.</p> <p>Animar a la familia a ser partícipe del cuidado del niño</p> <p>Mantener actitudes relajadas.</p> <p>Intervenir de la forma más apropiada cuando sea necesario</p> <p>Conocer y respetar el ciclo del sueño – reposo del niño al planear las actividades de enfermería.</p> <p>Formas de interrumpir la progresión del temor: técnicas de relajación, ejercicios de respiración profunda, ejercicio físico, meditación</p> <p>Permitir la libre expresión de sentimientos, manteniendo en todo momento una actitud abierta e imparcial, sin emitir opiniones personales ni juicios de valor.</p> <p>Valorar las relaciones interpersonales desarrollando un adecuado contacto interpersonal con la familia.</p> <p>Valorar el grado de información que tienen acerca de la enfermedad.</p> <p>Mantener informados sobre evolución</p> | <p>paciente se fortalezca internamente lo cual es un factor influyente en la recuperación de la "normalidad" de la vida cotidiana y por supuesto influirá en la recuperación y mejoría en la calidad de vida.</p> <p>Informar y concientizar a la madre sobre el procedimiento que se le va a realizar, esto favorecerá en disminuir el estrés y el temor a la posterior complicación de la persona.</p> <p>Estas acciones ayudan a la persona a establecer una comprensión sobre la naturaleza y la causa de la ansiedad. Una vez que se comprende el estrés con precisión, la ansiedad puede disminuir y la persona puede identificar con más facilidad las estrategias de afrontamiento.</p> <p>La empatía y la confianza brindada favorece las buenas relaciones interpersonales.</p> <p>Permite aclarar conceptos erróneos y falsas percepciones.</p> <p>Permitirá comprender mejor los temores, aclarar dudas y corregir percepciones erróneas.</p> <p>La tensión se produce cuando los métodos habituales de resolución de problemas de una persona son</p> | <p>Se reservo a ciertas preguntas del estado crítico y secuelas del mismo, sugiriéndoles que esas preguntas las realice al médico de encargo emitiendo opiniones personales y juicios críticos permitiéndome brindar la seguridad de que el menor está respondiendo adecuadamente ante el tratamiento y que las posibles alteraciones se valoraran en su debido tiempo.</p> |
|---|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>de enfermedad animándolos a que realicen preguntas, expresen sus preocupaciones. Vigilando cualquier signo de tensión de familiar</p> | <p>inadecuados para resolver la situación.</p> | |
| <p>INDICADOR: sentimientos, emociones, expresiones, sensibilidad. Estado de ánimo, grado de participación en las actividades programadas en el hospital.</p> | | |

90

⁹⁰ Flores, s. ... (s.f.). <http://www.reeme.arizona.edu/materials/pdf>. Recuperado el 21 de aril de 2012, de www.google.com

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| DIAGNOSTICO: Disposición para mejorar los conocimientos de los cuidados que requiere el niño en su hogar m/p interés de los padres hacia el cuidado de Uriel, verbalización y retroalimentación. | | |
|---|--|---|
| OBJETIVO: Que la familia conozca los cuidados que deben de tener con Uriel en su hogar | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| 1 Explicar a los padres la naturaleza del proceso y la evolución esperada del traumatismo craneal que padece el paciente 2 enseñar a los padres a que reconozcan los signos y síntomas de las posibles complicaciones, lo que incluye alteración del nivel de conciencia, cambios en la marcha del niño, fiebre y convulsiones 3 explicar a los padres el propósito de las medicaciones, con detalles sobre la administración y posibles efectos adversos 4 enseñar a los padres las precauciones que deben tomar si se presentan convulsiones, lo que incluye tener a mano un depresor lingual en | 1 esta información ayuda a los padres a comprender mejor la necesidad de tratamiento y los posibles efectos a largo plazo del traumatismo 2 esta información permitirá a los padres solicitar atención y consejo médico, cuando sea necesario 3 todos los medicamentos, tanto los que tratan las infecciones como los que se dirigen a convulsiones, deben asegurar la eficacia terapéutica. Conocer los efectos adversos potenciales permite a los padres acudir al médico si fuera necesario 4 tener en cuenta estas precauciones ayuda a prevenir traumatismos en los niños durante las convulsiones | Ante el temor del estado crítico de Uriel se detecta el deficiente conocimiento del familiar por lo que se le explica la patología, el tratamiento médico así como los efectos secundarios, la respuesta ante el mismo tratamiento y las posibles complicaciones u se puedan presentar durante su hospitalización así como en el hogar. Se le da un plan de alta de cuidados de enfermería a seguir así como los signos y síntomas que sugieran una urgencia. Los padres mencionan que en el hogar ya protegieron las áreas que indican algún riesgo para Uriel. El padre asegura que en las consultas |

| | | |
|--|---|---|
| <p>caso de urgencia, que el niño lleve un casco protector, mantenerle permeables las vías aéreas mientras dure un episodio convulsivo, y colocar barandillas en la cama</p> <p>5 poner énfasis en la importancia de las actividades diarias del niño, lo que incluye ejercicio diario o regular, estimulación e higiene</p> <p>6 proporcionar información adecuada sobre cinturones de asientos, medidas de seguridad para el coche, cascos protectores y no conducir bajo efectos de fármacos o alcohol</p> | <p>5 debido al traumatismo craneal, el niño puede haber perdido su capacidad para realizar ciertas actividades, y requerir entrenamiento y estimulación de forma continuada</p> <p>6 proporcionar esta información facilita que tanto el niño como sus padres tomen las precauciones y medidas de seguridad necesarias para disminuir el riesgo de otro traumatismo craneal</p> | <p>el que maneja es el suegro y que su esposa va en la parte trasera del asiento con Uriel.</p> <p>Ambos padres repiten con claridad las indicaciones que se le da en casos de que Uriel llegara a presentar alguna crisis convulsiva</p> |
| <p>INDICADOR: Retroalimentación verbal y practica de los cuidados enseñados, atención a las indicaciones, preguntas continuas.</p> | | |

⁹¹ Speer, K. M. (1993). *cuidados de enfermería en pediatría*. España: doyma.

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|--|--|--|
| DIAGNOSTICO: Déficit del funcionamiento sensorial (auditiva) R/C daño neurológico, traumatismo M/P respuesta negativa a estímulo sensorial en lado izquierdo | | |
| OBJETIVO: Estimular la función auditiva en base a su estado de salud actual, a través de la actuación oportuna del equipo multidisciplinario para favorecer la calidad de vida del niño, durante su hospitalización. | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Valorar el grado de déficit auditivo y sus modificaciones con diversos tipos de instrumento (cascabel, sonaja, pandero, chasquido de dedos, palmadas, estableciendo rutinas con el apoyo de la madre Proporcionar periodos de descanso entre cada estimulación Continua valoración para detectar y canalizar a especialista con manejo de aparato auxiliar para la audición si lo requiere. Establecer un entorno agradable, relajación con musicoterapia | La identificación de los factores ayudara a su eliminación Disminuye la novedad y la hiperestimulación. | Se detecta alteración auditiva en lado izquierdo ante la estimulación con diversos instrumentos sonoros. Continuamente se valora la función auditiva por lo que la respuesta sigue siendo negativa ante el estímulo sonoro en odio izquierdo. En cambio, en oído derecho responde a estos estímulos vibrantes, estirando las manos, mirada hacia el objeto, giro de la cabeza al sonido, balbuceo. |
| INDICADOR: Gire la cabeza ante el sonido, realiza movimientos oculares, movimientos corpóreos al sonido. | | |

92

⁹² OLIVIERI, K. E. (1994). *ENFERMERIA FUNDAMENTAL. conceptos, procesos y practica*. Mexico: Interamericana McGraw-Hill.

VALORACION FOCALIZADA 16 NOVIEMBRE DEL 2011

A la valoración el paciente ante la estimulación temprana al paciente con daño neurológico se noto con mejoría, la ministración adecuada de anticonvulsivos permite que esos episodios no se repitan.

Masculino, consciente, respuesta a estímulos externos, normo hidratado, adecuada coloración de tegumentos y mucosas, sin lesiones ni cicatrices en cráneo, fontanela anterior sin abombamiento y con medidas de 2 cm de longitud x 2 cm de ancho, fontanela posterior cerrada, ojos simétricos, respuesta pupilar refractiva, sin datos de edema y eritema palpebral, movimientos oculares voluntarios, sigue objetos, superior, campos pulmonares ventilados, tono cardiacos audibles de buena intensidad y rítmicos, ha habido un aumento en la tonicidad cervical, arcos de movilidad de cuello presente, sin adenomegalias, faringe normo hidratada con adecuada coloración de mucosa sin datos de infección, tórax céntrico desplazable, reflejo de búsqueda positivo, miembros superiores simétricos, uñas cortas sin onicomycosis, de buena coloración, reflejo palmar de prensión positivo, ligero aumento de tono y fuerza muscular, abdomen blando depresible, sin dolor a la palpación ni irritación peritoneal, peristalsis presente, sin visceromegalias, miembros inferiores simétricos y ligero aumento de tonicidad, llenado capilar 2 segundos. Babinski positivo.

Genitales acorde a edad cronológica, con escroto pigmentado y testículos descendidos, ano integro sin alteraciones en la integridad cutánea.

Se niegan datos de reflujo gastro-esofagico, vomito y nauseas. Se presenta sonrisa social, balbucea, se detecta sordera auditiva del lado izquierdo.

Edad: 4/12 5 días

Signos vitales:

FC 144x', FR 28x', T° 36.4

Somatometría:

Peso: 7.450 gr percentil: 75%

Talla: 64.5 percentil: 50%

PC 45cm percentil: 97%

PA 43cm

Pie 10cm

Se completa el esquema de vacunación.

| Requisito detectado | Fecha de detección | Fecha de resolución |
|--|---------------------------|----------------------------|
| 3.MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA ADECUADA DE ALIMENTOS | 16 noviembre | Pendiente |
| 7. PREVENCIÓN DE REISGOS EN LA VIDA, LA FUNCIÓN Y EL BIENESTAR HUMANO | 14 Octubre | Pendiente |

| RECEPTOR DEL CUIDADO: U. G. A. O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | |
|---|---|--|--|---|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO |
| 3- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos | <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado de desarrollo • Estado de salud • Orientación socio-cultural • Factores del sistema familiar • Disponibilidad y adecuación de recursos | <p>Percentil >50%</p> <p>Sobre peso</p> | <p>6 onzas al día</p> <p>Tés de canela</p> <p>Uriel se queda con hambre por lo que le proporcionan 2 onzas más y un vaso de te</p> | <p>Totalmente dependiente de la madre la cual cuenta con la orientación de proporcionar la alimentación, y cuenta con el apoyo de los padres económicamente para la adquisición de formulas lácteas.</p> <p>Capacidad de deglutir, tragar y digerir.</p> <p>Sistema gástrico integro.</p> |

PREESCRIPCION DE ENFERMERIA

| DIAGNOSTICO: Déficit en el mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos por exceso R/C dosificación de leche (6 onzas) M/P percentil de 75%, PA 43cm, pliegue cutáneos muy marcados. | | |
|---|---|--|
| OBJETIVO: Lograr que Uriel consiga el peso ideal par a su altura y constitución | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Valorar las causas del aumento excesivo de peso Llevar un registro de la cantidad de leche consumido en 24 horas Animar al familiar a plantear objetivos realistas como por ejemplo reducir la ingesta calórica Llevar a cabo planes de actividades a diario | La ingesta excesiva del alimentos es un problema complejo con complicaciones fisiológicas y psicológicas Esto ayuda al paciente a darse cuenta de las actividades y los alimentos que contribuyen a elevar la ingesta calórica. Una reducción de calorías al día produce una pérdida de peso Las actividades reduce el peso a la vez aumenta las necesidades calóricas del organismo | Acorde a lo planeado, en la siguiente evaluación no se logran obtener resultados ya que el paciente deajo de asistir a sus consultas y no se pudo llevar a cabo la tercera valoración. La madre lleo a mencionar que dentro de los ejercicios que se le proporcionó para la estimulación le sirvió a Uriel como un plan de ejercicio ya que terminaba cansado durmiendo satisfactoriamente y se espera que a través de los ejercicios impartidos haya servido para el control del peso. |
| INDICADOR: Peso, CDC. | | |

93

⁹³ OLIVIERI., K. E. (1994). *ENFERMERIA FUNDAMENTAL. conceptos, procesos y practica*. Mexico: Interamericana McGraw-Hill.

| RECEPTOR DEL CUIDADO: U. G. A. O | | ETAPA DE DESARROLLO: lactante | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: madre | | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BASICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO | |
| 7- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano | <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado de desarrollo • Estado de salud • Factores del sistema familiar • Disponibilidad y adecuación de recursos | <p>*hipotonicidad cervical</p> <p>*disminución en la percepción señorial auditiva con respuesta negativa a estímulos externos.</p> <p>Hiperextensión en extremidades e hipotonicidad.</p> | <p>Antecedentes de hemorragia intracraneal por síndrome de zarandeado</p> | <p>Autodependiente de la madre, la cual está dispuesta a cooperar en el tratamiento.</p> <p>Uriel, consiente, tranquilo y activo, ubicado en las 3 esferas</p> | |

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|---|---|---|
| DIAGNOSTICO: Riesgo de lesión traumática R/C antecedentes, patrón familiar. | | |
| OBJETIVO: Poner en práctica las medidas de prevención de trauma para que Uriel no sufra ningún tipo de lesión en casa | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| <p>Disponer una consulta para tratar los sentimientos de culpa</p> <p>Determinar la presencia de factores de riesgo personales o ambientales</p> <p>Vigilar el estado emocional (depresión, tristeza, irritación, agresividad, recelo)</p> <p>Controlar la capacidad de emitir juicios, tomar decisiones y de control de los impulsos</p> | <p>El poder ya identificar sus limitaciones disminuirá el grado de daño y le permitirá realizar sus actividades de la vida diaria sin causarse daño alguno.</p> <p>El maltrato empieza en el embarazo con el hijo indeseado y rechazado, lo cual se acentúa por la falta de cuidados médicos y el estrés psicológico excesivo. Sigue durante el parto por falta de preparación y ansiedad, que dificulta el nacimiento. Se intensifica en la primera infancia por ausencia de alimentación materna y afecto y por falta de estimulación sensorial. En esta etapa, inclusive ocurre maltrato evidente.</p> <p>Carencia de recursos económicos es un sector extenso de la población, con familias frustradas y de alta tendencia a la agresión</p> <p>Falta de oportunidades para el desarrollo humano, cultural, educativo y social, con privación de estímulos y atrofia de las capacidades</p> | <p>Tras llevar a cabo lo planeado y a comparación de la primera valoración donde por parte de los padres, se detecto frustración y preocupación, y en particular, por parte del padre de la familia se detecto miedo, que ante la entrevista se mostró en acto defensivo, miedo y preocupación, si se compara con esta segunda valoración, se obtiene como resultado que ambos padres se muestran felices, sin inquietudes y sin preocupaciones, fácil manejo terapéutico y emocional.</p> <p>La comunicación fue muy clara, concisa, con risas en todo momento, mostrándose afectivos con Uriel, cuestionando el cómo se encontraba de salud y atentos a las indicaciones.</p> <p>Se pregunto si hay preocupación alguna, respondiendo que no porque todo estaba bien en la familia.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Ayudar a identificar los agentes estresantes</p> <p>Conocer las percepciones personales sobre la violencia</p> <p>Fomentar la expresión de sentimientos</p> <p>Enseñar técnicas de manejo del estrés</p> <p>Remitir al agresor a psicoterapia individual o de grupo, grupos de apoyo, asesoramiento u otros recursos.</p> <p>Determinar conjuntamente los cambios necesarios para adaptar el entorno a las necesidades existentes y la mejor forma de realizarlos</p> | <p>intelectuales</p> <p>Existencia de patrones culturales machistas de crianza y castigo, que pasan de generación en generación, impidiendo el desarrollo psicológico y degradando la autoestima y sentido de identidad</p> <p>Privación afectiva como causa de la desintegración del hogar o por el abandono parcial de la madre trabajadora</p> <p>La multiparidad, el embarazo no deseado y la adolescente gestante</p> <p>En general el progenitor que es agresor tuvo una relación afectiva de muy mala calidad durante los primeros años de vida. Con frecuencia fue maltratado y espera, a fin de compensar, que sus hijos desde temprana edad hagan algo por él. En muchos casos hay antecedentes de drogadicción, alcoholismo, conductas sociopáticas o psicopatías.</p> | <p>El padre trabajando en una imprenta y la madre dedicada al hogar.</p> <p>El padre, en esta valoración se mostro cooperativo, fácil acceso a la información, sin preocupaciones, y atento a las indicaciones. Sonriente en todo aspecto con Uriel.</p> <p>Expresaron que están felices porque Uriel esta reaccionando adecuadamente al tratamiento, así como a las actividades recreativas que manejan con Uriel y el cómo los tolera, es decir, ante la estimulación temprana.</p> <p>La retroalimentación que me impartieron en que hacer en caso de enojo, desesperación, la prevención de peligros y a la aceptación y responsabilidad de ser padres jóvenes fueron coherentes.</p> |
| <p>Indicador: facies de preocupación, enojo, frustración, miedo, desesperación, felicidad, confort, expresión de sentimientos, comunicación, verbalización.</p> | | |

94

⁹⁴ Gabriel Lago Barney, G. R.-A.-M. (s.f.). Síndrome de maltrato infantil. *Precop SCP. Ascofame* , 32-53.

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|--|--|--|
| DIAGNOSTICO: Déficit del funcionamiento sensorial (auditiva) R/C daño neurológico, traumatismo M/P respuesta negativa a estímulo sensorial en lado izquierdo | | |
| OBJETIVO: Estimular la función auditiva en base a su estado de salud actual, a través de la actuación oportuna del equipo multidisciplinario para favorecer la calidad de vida del niño, durante su hospitalización. | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| Valorar el grado de déficit auditivo y sus modificaciones con diversos tipos de instrumento (cascabel, sonaja, pandero, chasquido de dedos, palmadas, estableciendo rutinas con el apoyo de la madre Proporcionar periodos de descanso entre cada estimulación Continua valoración para detectar y canalizar a especialista con manejo de aparato auxiliar para la audición si lo requiere. Establecer un entorno agradable, relajación con musicoterapia | La identificación de los factores ayudara a su eliminación Disminuye la novedad y la hiperestimulación. | Se detecta alteración auditiva en lado izquierdo ante la estimulación con diversos instrumentos sonoros. Continuamente se valora la función auditiva por lo que la respuesta sigue siendo negativa ante el estímulo sonoro en odio izquierdo. En cambio, en oído derecho responde a estos estímulos vibrantes, estirando las manos, mirada hacia el objeto, giro de la cabeza al sonido, balbuceo. |
| INDICADOR: Gire la cabeza ante el sonido, realice movimientos oculares. | | |

95

⁹⁵ OLIVIERI., K. E. (1994). *ENFERMERIA FUNDAMENTAL. conceptos, procesos y practica*. Mexico: Interamericana McGraw-Hill.

PREESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

| | | |
|---|--|---|
| DIAGNOSTICO: Déficit en la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C secuelas a trauma craneoencefálico M/P hipotonicidad cervical, ligera hipertonicidad en extremidades. | | |
| OBJETIVO: Que Uriel coopere en las actividades de estimulación para el fortalecimiento de músculos cervicales Proporcionar ejercicios básicos que estimulen los procesos de maduración y aprendizaje del área psicomotriz de Uriel, favoreciendo su crecimiento y desarrollo. | | |
| ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: | |
| | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
| 1. Las actividades se debe realiza en un lugar con clima agradable, sin corrientes de aire, con la menor cantidad de ropa en el niño, de preferencia con el niño recostado sobre una superficie firme pero suave. El niño no debe de tener hambre ni sueño. 2. Abrazo del oso Abrir suavemente las manos del niño acomodando nuestro pulgar en su palma para que lo envuelva con sus dedos, realizando una ligera presión empujando el pulgar del niño hacia fuera y envolviendo nosotros su antebrazo. | 1. El entorno es el que moldea nuestras actitudes, aptitudes y habilidades 2. este ejercicio facilita la relajación de las manos y de la cintura escapular, así como el acercamiento de manos a la línea media. | Cada semana se evaluaba las actividades con retroalimentación por parte del padre o madre. Se aclararon dudas a corde a cada ejercicio. La madre menciona que cada que realiza las actividades, Uriel se encuentra tranquilo y no manifiesta inquietudes al dormir, el descanso es confortable. También menciona que el sostén cefálico ha aumentado a como lo tenía anteriormente en gota lo cual se corrobora en valoración llevando a |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Extender los brazos al mismo tiempo y cruzarlos en el pecho, presionando el tórax de modo intermitente. Al finalizar la maniobra, acomodar los brazos cruzados en el pecho, soltándolos lentamente para evitar el sobresalto.</p> | | <p>cabo los reflejos conductuales y de posición.</p> |
| <p>3. ESTIRAMIENTO LIGERO Y RAPIDO Movilización ligera y rápida en los MP con la técnica de Rood</p> | <p>3. dicho ejercicio facilita la relajación de cintura pélvica y de los ángulos aductor y poplíteo. Se inicia suavemente la disociación de movimientos totales en extremidades inferiores y mejora la motilidad intestinal.</p> | <p>La valoración del desarrollo se compara con la conducta normal de un niño a través del esquema para la valoración neuroconductual del lactante de Benavides.</p> |
| <p>4. Compresión 5. GIROS</p> | <p>4. Facilita la cocontracción 5. este ejercicio facilita la relajación completa del cuerpo; el patrón flexor característico del primer bimestre simula el balanceo intrauterino, favorece el control cefálico.</p> | <p>En consulta externo valoro estas actividades llevando a cabo los mismos ejercicios, como el apoyo de antebrazos en decúbito prono, el llevar a cabo el enderezamiento a sentado, obteniendo como resultados la cabeza bamboleante comparado al cuello en gota.</p> |
| <p>6. Pronación</p> | <p>6. Este ejercicio facilita el enderezamiento y control cefálico en contra de la gravedad, se evita el sobre salto al mantener los brazos y pecho apoyados con una mayor base de sustentación.</p> | <p>En conclusión, vemos resultados favorables por medio de la estimulación temprana el cual se indica 3 veces al día por 2 meses.</p> |
| <p>7. Cocontracción del cuello</p> | <p>7. Para desarrollar el control de cabeza y cuello y estimular la reacción de enderezamiento en contra de la gravedad</p> | |
| <p>8. Sobre los codos</p> | <p>8. nos ayuda a valorar las reacciones ópticas, laberínticas y sostén del cuello</p> | |
| <p>9. Volteo</p> | <p>9. Se logra el giro de la cabeza</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>10. Reflejo tónico del cuello</p> <p>11. Estimulador sentado en el suelo y con la espalda apoyada en la pared. Situará al niño sentado delante de él, con la espalda apoyada en su pecho y las piernas agrupadas el dedo pulgar se situará sobre la articulación de la mandíbula, el dedo índice entre el labio inferior y el mentón y el dedo corazón debajo del mentón. La cabeza del niño estará apoyada en nuestro pecho para evitar la hiperextensión del cuello.</p> <p>14. Relajación sobre la pelota Pelota #22 con ambos brazos al frente Colocar una mano sobre la pelvis y mover la pelota hacia adelante y hacia atrás rítmicamente tratando que el niño se amolde a la pelota.</p> <p>15. Matrogimnasia</p> <p>16. masaje de la india "VIMALA"</p> | <p>10. Relaja músculos de espalda y cuello</p> <p>11. promueve el binomio, así como el sostén cefálico y el enderezamiento espinal. Al realizar los movimientos de balanceo se estimula el área coclear y vestibular para el equilibrio y la audición. La proporción de un objeto frente al bebe estimula el área visual.</p> <p>14.la pelota como es un objeto presente en la infancia de todos los niños, tiene un carácter motivador que facilita el desarrollo. Favorece la integración vestibular, pues pone en juego el equilibrio general del cuerpo, el enderezamiento cefálico, de tronco y pelvis, la postura anti gravitacional, el movimiento disociado y la visión (Barruezo, 1989)</p> <p>15. Proporciona posición adecuada y estimula los vientres de los músculos paravertebrales para el enderezamiento, contacto visual, auditivo, laberíntico y cervical.</p> <p>16. Estimula la circulación sanguínea, el ritmo cardiaco, sistema inmunitario y digestivo. Se estimula la totalidad del</p> | |
|--|---|--|

VI. PLAN DE ALTA

CUIDADOS ESPECIFICOS EN EL HOGAR⁹⁷

- Recomendar a los padres, familia y amigos que nunca se debe sacudir a un bebé o niño, ni al jugar ni por enojo. Incluso el hecho de sacudirlo suavemente puede llegar a convertirse en una sacudida violenta, cuando se está enojado.
- En caso de alguna discusión entre los padres no se debe cargar al bebé
- Si el padre o la madre se dan cuenta de que esta molesta o enojada con su bebé, lo debe colocar en la cuna, salir del cuarto, tratar de calmarse y llamar a alguien para solicitarle ayuda.
- Recomendar a los padres buscar ayuda profesional y asistir a una escuela para padres para la educación del menor.
- Cumplir con el horario de medicamentos y vigilar las posibles reacciones
- No se debe ignorar la evidencia si se sospecha que un niño es víctima de maltrato en su hogar o en el hogar de alguien conocido.
- No levante ni sacuda al niño para despertarlo.
- No trate de administrarle nada al niño por la boca
- Recomendar a los padres que no deben lanzar al niño hacia arriba y tampoco permitir que nadie lo haga.
- Sugerir que el recibir una bofetada de cualquier edad en la cara o en la cabeza es perjudicial para el niño causándole un daño grave aunque no le deje ninguna señal evidente de lesión
- Comentarle a los padres que el cerebro de un niño es muy delicado.
- Educar a los padres acerca del desarrollo normal y de la conducta de los niños de manera que las expectativas que tenga respecto de sus hijos sean realistas. Por ejemplo, aprenda algunas maneras seguras para calmar a un niño que llora. Hay disponibles muchos cursos sobre crianza de calidad que pueden ayudarle a aprender a manejar eficazmente las demandas y las responsabilidades de cuidar a los hijos. Todos los padres y los cuidadores deben saber cómo reaccionar eficazmente a los problemas de conducta sin recurrir a la violencia ni al castigo físico. Estas clases son especialmente valiosas si el niño tiene antecedentes de maltrato infantil
- Que aprenda estrategias para aliviar el estrés y otras estrategias saludables para sobrellevarlo. Como el mantenerse activo, que se alimenten bien y que sobre todo estén descansados, esto puede ayudar a mantener bajo su nivel de estrés. Por ejemplo, es posible que descubra que los libros de autoayuda, los grupos de apoyo, los grupos religiosos o las clases de ejercicios, como las de yoga, son útiles. Las clases de manejo del enojo o la asesoría psicológica a veces también podrían ayudarle.
- Agregar que los músculos del cuello son muy débiles. Por eso, al sostenerle, la cabeza y la espalda deben apoyarse en el brazo y la mano de usted.

⁹⁷ Dr. Tango, D. Z. (1 de diciembre de 2011). www.google.com.mx. Recuperado el 15 de mayo de 2012, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000004.htm>

Sostenga al bebé con cuidado, pero permítale el movimiento de sus brazos y piernas.

- La terapia de rehabilitación se enfoca en restituir tan pronto como sea posible las funciones necesarias para actividades de la vida cotidiana, y puede incluir terapia del lenguaje, física, ocupacional y cognoscitiva. Los individuos con daño de los nervios que inervan la cabeza y el cuello (pares craneales) pueden requerir rehabilitación para oír, deglutir, mantener el equilibrio, y usar los músculos de la expresión facial. Muchas personas necesitan orientación psicológica para ayudarlas a ajustarse al dolor crónico o a la pérdida de función mental o física.
- La terapia de rehabilitación nos ayuda a fortalecer los músculos de diferentes partes del cuerpo, haciendo incapie en el fortalecimiento de los músculos cervicales.
- La mayoría de los bebés dormirán la mayor parte del día (de 18 a 22 horas). Es preferible dejar que el bebé determine cuánto sueño desea y necesita.
- Acostar al bebé de espaldas, con la cuna inclinada en un ángulo de 30 grados.
- Déjelo ejercitarse moviendo los brazos y piernas. Tomada con moderación, la luz del sol es también saludable porque le ayuda a aprovechar la vitamina D, indispensable para el bebé. Proteja los ojos del niño contra la luz directa del sol y cúbrale la cabeza si va a permanecer expuesto por algún período de tiempo.
- Habrá que cambiarlo cuando esté mojado o sucio, a fin de evitar las irritaciones de la piel.
- Coloque al bebé sobre una toalla para quitarle el pañal. Límpieme las partes genitales de adelante hacia atrás y séquele a palmaditas.
- El llanto es el único lenguaje con que cuenta el bebé para manifestar sus molestias o necesidades. Durante los primeros meses las principales causas del llanto son: el hambre, la sed, necesidad de eructar, cólicos, gases, ropa ajustada, mucha ropa, pañales sucios, incomodidad o la fatiga.
- La manera de calmar a un niño no es sacudirle gritándole, al contrario esto ocasiona que el niño se espante y llore aun más, sugerirle a la madre o padre y/o familiar que se asegure que el pañal del niño este bien, que no tenga frío o calor ni hambre, arrullar o caminar con el bebé ya que les gusta el movimiento como las sillas mecedoras y el caminar les fascinan los pequeños movimientos.
- El niño se deleita y se conforta al escuchar el ritmo de los latidos del corazón de su madre. Su abrazo le da la sensación de abrigo y seguridad que experimentaba en el útero. Su atención a las necesidades emocionales y físicas del niño durante el primer año favorecerá el desarrollo de una personalidad saludable.

MEDIDAS HIGINENICO DIETETICOS

- Llevar a cabo el baño diario
- Acostar al bebe boca arriba ya que hay menos posibilidades de que el niño se asfixie o bronco-aspire.
- Evitar el uso de leches adaptadas con cantidades altas de calcio y grasas saturadas.
- Evitar la preparación de biberones concentrados, teniendo en cuenta que primero se pone la medida de agua y luego la leche
- A partir de los 4 meses, se puede dar al niño zumo de naranja o de uva.
- A los 6 meses, se introducirá la papilla de fruta, siendo las frutas más recomendables para el estreñimiento, la pera y la naranja, evitar el plátano y la manzana.
- Mantener una correcta higiene en la zona del pañal, aplicando pomadas anti-irritantes y/o cicatrizantes si existe alguna lesión.
- Realizar a diario el masaje ventral en el sentido de las agujas del reloj para estimular de defecación.
- Algunos niños pueden presentar intolerancia a determinados componentes de las fórmulas. Por esta razón existen fórmulas alternativas de composición especial para niños con alteraciones intestinales o metabólicas. Cuando se debe cambiar de una fórmula a otra debido a costo, disponibilidad o el deseo específico de alterar un componente en la dieta, esto se puede hacer abruptamente y preescrita por el medico pediatra.

Lactante a partir de los 6 meses

- Masaje ventral en el sentido de las agujas del reloj
- Aumentar la cantidad de fibra y líquidos.
- Se recomiendan las verduras, según el pediatra las vaya introduciendo: judías verdes, espinacas, acelgas y alcachofas.
- Los cereales serán preferentemente integrales, y cuando el pediatra introduzca el gluten la papilla de cereales debe contener avena.
- Las papillas de fruta y cereales se pueden endulzar con una cucharada de miel

MEDICAMENTOS:

COMITOINA SUSPENSION (fenitoína) 8mg/kg/d

Indicaciones:

La fenitoína pertenece al grupo de los medicamentos antiepilépticos; estos fármacos se utilizan habitualmente para tratar la epilepsia y prevenir o tratar las convulsiones.

La fenitoína se utiliza para controlar distintos tipos de epilepsia, para controlar o prevenir convulsiones durante o después de intervenciones quirúrgicas en el cerebro o traumatismos craneoencefálicos graves.

Este medicamento contiene un 10% de etanol en volumen final, lo que puede ser causa de riesgo en pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, y en mujeres embarazadas y niños.

Dosis en niños:

La dosis en niños depende del peso y se administra en dos dosis diarias. Por lo general, el médico establecerá la posología a razón de 5 mg/ Kg de peso y día, aunque puede variar, de acuerdo con el criterio del médico. La dosis máxima usual es de 300 mg.

LEVETIRACETAM SUSPE (keppra) 20mg/kg/d

Keppra 100 mg/ml solución oral es un medicamento antiepiléptico (un medicamento para el tratamiento de crisis en epilepsia).

Keppra se utiliza:

conjuntamente con otros medicamentos antiepilépticos para tratar:

- las crisis de inicio parcial con o sin generalización en pacientes a partir de 1 mes de edad.
- las crisis mioclónicas en pacientes mayores de 12 años con epilepsia mioclónica juvenil.
- las crisis tónico-clónicas generalizadas primarias en pacientes a partir de 12 años de edad con epilepsia idiopática generalizada.

Dosis en lactantes (de 6 a 23 meses), niños (de 2 a 11 años) y adolescentes (de 12 a 17 años) con un peso inferior a los 50 kg:

Dosis general: entre 0,2 ml (20 mg) y 0,6 ml (60 mg) por kg de peso corporal cada día, repartidos en dos tomas al día. La cantidad exacta de formulación en solución oral debe administrarse utilizando la jeringa de 3 ml con graduaciones de 0,1 ml, o la jeringa de 10 ml con graduaciones de 0,25 ml, dependiendo de la dosis.

| Peso | Dosis inicial: 0,1 ml/kg dos veces al día | Dosis máxima: 0,3 ml/kg dos veces al día |
|-------------------|--|---|
| 6 kg | 0,6 ml dos veces al día | 1,8 ml dos veces al día |
| 8 kg | 0,8 ml dos veces al día | 2,4 ml dos veces al día |
| 10 kg | 1 ml dos veces al día | 3 ml dos veces al día |
| 15 kg | 1,5 ml dos veces al día | 4,5 ml dos veces al día |
| 20 kg | 2 ml dos veces al día | 6 ml dos veces al día |
| 25 kg | 2,5 ml dos veces al día | 7,5 ml dos veces al día |
| A partir de 50 kg | 5 ml dos veces al día | 15 ml dos veces al día |

Dosificación en lactantes (de 1 mes a menos de 6 meses):
Dosis general: entre 0,14 ml (14 mg) y 0,42 ml (42 mg) por kg de peso corporal cada día, repartidos en dos tomas al día. La cantidad exacta de formulación en solución oral debe administrarse utilizando la jeringa de 1 ml con graduaciones de 0,05 ml.

| Peso | Dosis inicial 0,07 ml/kg dos veces al día | Dosis máxima 0,21 ml/kg dos veces al día |
|------|--|---|
| 4 kg | 0,3 ml dos veces al día | 0,85 ml dos veces al día |
| 5 kg | 0,35 ml dos veces al día | 1,05 ml dos veces al día |
| 6 kg | 0,45 ml dos veces al día | 1,25 ml dos veces al día |
| 7 kg | 0,5 ml dos veces al día | 1,5 ml dos veces al día |

Forma de administración:
Keppra se puede tomar diluyendo la solución oral en un vaso de agua.

OXCORBACEPINA - ACTINIUM 25mg/kg/d

El principio activo oxcarbazepina pertenece al grupo de medicamentos denominados anticonvulsivantes o antiepilépticos.

Los antiepilépticos, como oxcarbazepina, son el tratamiento estándar para la epilepsia .

Los pacientes diagnosticados de epilepsia han sufrido crisis repetidas o convulsiones. Las crisis suceden debido a un fallo temporal en el sistema eléctrico del cerebro.

Normalmente las células del cerebro coordinan los movimientos del cuerpo enviando señales a través de los nervios del músculo de un manera ordenadamente organizada. El resultado puede ser una actividad muscular descoordinada que se denomina crisis epiléptica.

El fármaco oxcarbazepina actúa manteniendo las células nerviosas "hiperexcitadas" del cerebro bajo control, suprimiendo o reduciendo así la frecuencia de dichas crisis.

Este medicamento se utiliza para el tratamiento de las crisis epilépticas parciales con o sin generalización secundaria con crisis tónico-clónicas. Las crisis parciales abarcan un área limitada del cerebro, pero pueden extenderse a todo el cerebro y producir crisis tónico-clónicas generalizadas.

Existen 2 tipos de crisis parciales: simple y compleja. En las crisis parciales simples, el paciente permanece consciente, mientras que en las complejas, el estado de consciencia está alterado.

Normalmente el médico intentará encontrarle el medicamento que mejor le funcione, pero en epilepsias graves, puede que necesite la combinación de dos o más medicamentos para controlarle las crisis. El principio activo oxcarbazepina puede utilizarse solo o en combinación con otros antiepilépticos.

Dosis para niños

La dosis para niños se calcula en función del peso. La dosis inicial es de 8-10 mg/kg de peso al día administrada en dos dosis. Por ejemplo, un niño de 30 kg iniciará el tratamiento con una dosis de 150 mg (2,5 ml de suspensión oral o un comprimido de 150 mg) dos veces al día. Una dosis normal de mantenimiento para un niño es de 30 mg/kg al día. La dosis máxima para un niño es de 46 mg por kg de peso al día

SIGNOS Y SINTOMAS DE IMPORTANCIA

- Desorientado, irritable, combativo, no responde
- Color, temperatura, humedad de la piel
- Ataxia
- Confusión.
- Vómitos en proyectil y náuseas.
- Visión borrosa.
- Pupilas de tamaño diferente.
- Pérdida del conocimiento (temporal o durante períodos largos).
- Amnesia o pérdidas de memoria.
- Irritabilidad.
- Cefaleas.
- Convulsiones
- Fiebre mayor de 38^o persistente que no cede ante tratamiento
- Letargo

Próximas citas con el especialista:

16 noviembre CAINM

7 diciembre cainm psicología el cual no acude a si cita

14 diciembre CAINM

6 Enero neurología y medica interna

VII. CONCLUSIONES:

“La detección de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto fundamental de la Atención Temprana en la medida en que va a posibilitar la puesta en marcha de los distintos mecanismos de actuación de los que dispone la comunidad. Cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste mas adaptativo entre el niño y su entorno” (Libro Blanco AT)

Los informes que se presentaron y los mismos resultados de la continuidad de cuidados impartidos desde el área hospitalaria son un instrumento eficaz para el seguimiento ambulatorio del paciente con hemorragia intracerebral.

Los diagnósticos enfermeros que se imprimen en este estudio de caso de Enfermería al alta necesitan continuidad de cuidados, constituyen la base de mis intervenciones en las diferentes consultas

Yo como enfermera especialista, lleve a cabo mis diferentes valoraciones como consulta externa y que a pesar de esta limitación por del tiempo proporcionado por los padres, aplique mis intervenciones de enfermería siendo concretas, claras y fácil de consolidar la continuidad de los cuidados.

Mediante la realización del Informe de Enfermería al Alta pretendemos dar continuidad a nuestros cuidados enfermeros, tanto a los padres como a los abuelos que tienen la tutoría.

Con la sistematización del Informe de Enfermería al Alta vamos a mejorar la comunicación con los padres, garantizaremos la continuidad de los cuidados e implicaremos, tanto al paciente como a la familia, en el desarrollo de los mismos, favoreciendo la autonomía del mismo.

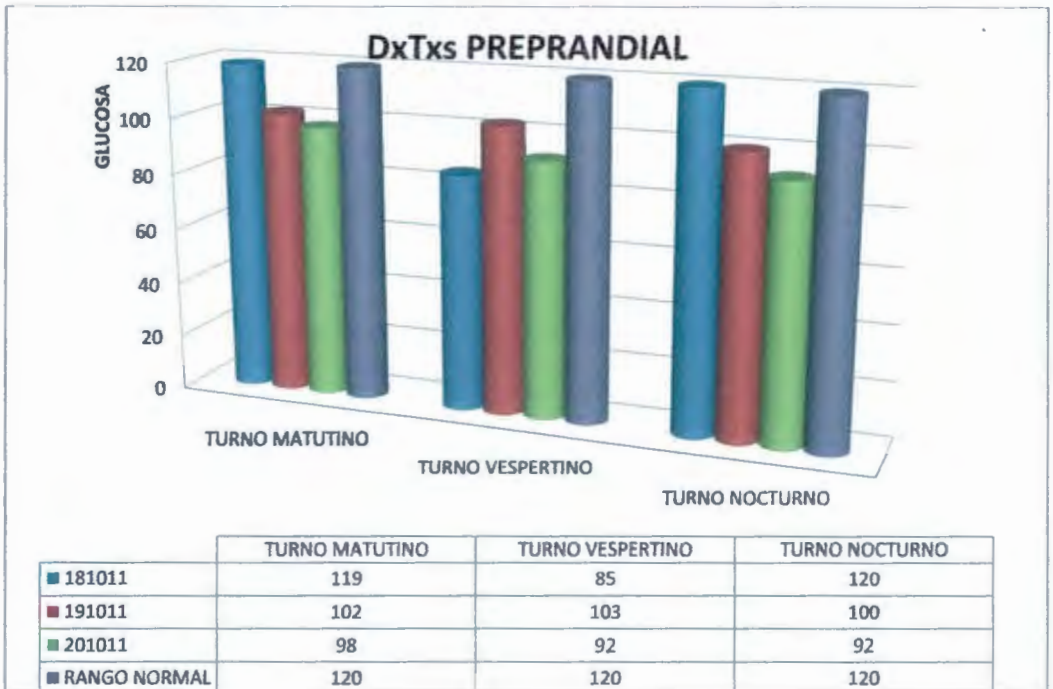
Así mismo, quedará documentado el trabajo realizado por un periodo.

Volviendo a mi conclusión de mi estudio de caso me pareció muy completa, concreta, un proyecto sistematizado y con contenido de intención favorable para el menor.

A pesar de que me costó mucho trabajo constituir a la teoría Orem como herramienta de trabajo, cabe aclarar que ante la presencia de obstáculos por parte del personal de salud, trabajar con Orem me ayudó a la detección de problemas y de necesidades de Uriel.

El Proceso de Enfermería favorece el fin principal de la enfermera: dar atención de calidad al individuo, familia y comunidad, quienes a la vez, al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas, serán capaces de participar en el mismo proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud. Con esta participación de los interesados en caso de la familia de Uriel, a ambas partes los llevarán a la salud, pues se partió de la realidad para lograr los cambios deseados que lo llevaron a retomar la línea de la salud.

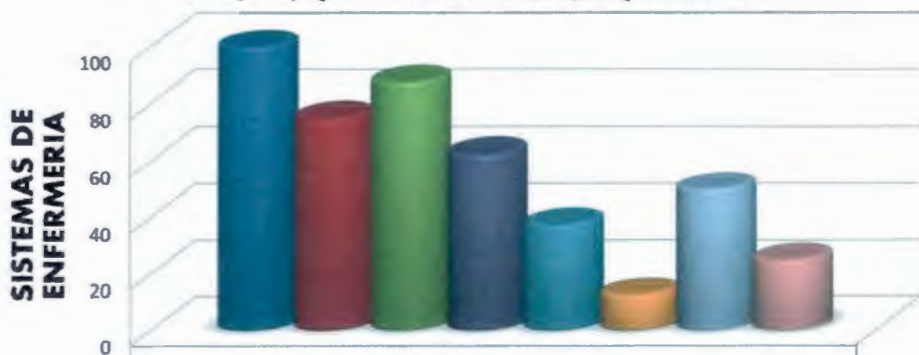
VIII. GRAFICAS:



A continuación en la grafica demuestro los resultados obtenidos de 3 días consecutivos de la toma para medir la cantidad de glucosa en sangre, 3 días importantes post-trauma los cuales resultan parámetros normales durante los 3 turnos del día.

Parámetros que no demuestra hipoglucemia (<80) o hiperglucemia (>180), indicadores que no requieren manejo especial para su normalidad.

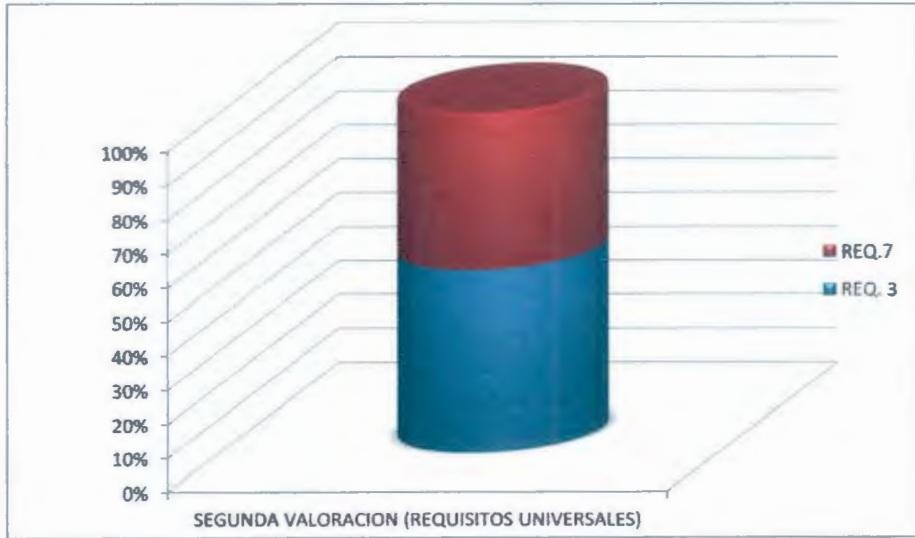
JERARQUIZACION DE REQUISITOS



| REQUISITOS UNIVERSALES | |
|------------------------|------|
| REQ. 1 | 100 |
| REQ. 2 | 75 |
| REQ. 3 | 87.5 |
| REQ. 4 | 62.5 |
| REQ. 5 | 37.5 |
| REQ. 6 | 12.5 |
| REQ. 7 | 50 |
| REQ. 8 | 25 |

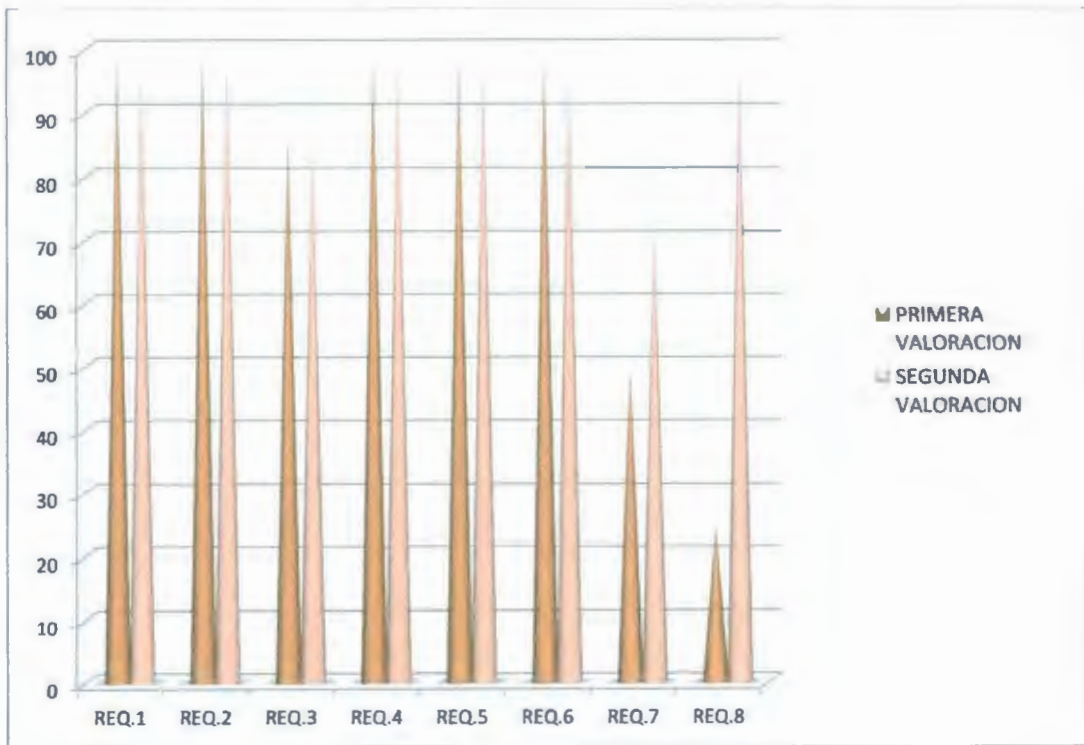
Como podemos ver, estoy manejando los requisitos universales como (Y) y los sistemas de enfermería (X) proporcionando un porcentaje del grado de alteración de mayor a menor, que para la primera valoración de enfermería la prioridad es el mantenimiento de la vida así como su preservación.

JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS (2DA VALORACIÓN)



A continuación, presento la gráfica de la valoración focalizada donde en la gráfica anteriormente se muestran todos los requisitos alterados y en esta solo 2 requisitos alterados, prevaleciendo alterado en mayor gravedad el de "Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos", siguiendo el de "Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano".

REQUISITOS DETECTADOS V/S REQUISITOS RESUELTOS



IX. **Bibliografía**

A. Esteban de la Torre, C. M. (2000). *MANUAL DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA PEDIATRIA*. España: Springer-Verlag Iberica.

Alvarez, D. E. (2008). ACTUALIZACION EN HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTANEA.

ANONIMO. (2011). Guideline for management of tumor lysis syndrome. *Sociedad argentina de Pediatría* , 77-82.

BAUTISTA, I. d. (23 de septiembre de 1999). *www.google.com.mx*. Recuperado el 10 de febrero de 2012

Bryant S, S. J. *Management of toxic exposure in children*. 2003.

Bryant S, S. J. (2003). Management of toxic exposure in children. *Emerg Med Clin Am* , 101-119.

Campos, M. R. (2006). shaken baby syndrome. *Cuad Med Forense* , 40-43.

Campos., D. R. (2006). Shaken baby syndrome. *Cuad Med Forense* , 39.

Candela, R. C. (2007). EXPLORACION NEUROLOGICA EN LA INFANCIA. 2,3,4,7,8,9,10.

Candela., R. C. (Marzo, 2007). EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EN LA INFANCIA. *VII Reunión APAPCYL*, (págs. 2,3,4,6,7,8,10). Burgos.

Dr. Tango, D. Z. (1 de diciembre de 2011). *www.google.com.mx*. Recuperado el 15 de mayo de 2012, de <http://www.clinicadam.com/salud/5/000004.html>

et.al, R. E. (2002). *Nelson. Compendio de pediatría*. Colombia: McGraw-Hill.

et.al., D. E. (2001). Monitoreo neurointensivo en pediatría (III). Tratamiento. Medidas generales. *Revista Cubana de Pediatría* .

et.al., M. D. (2006). *Tratado de enfermería de la Infancia y la adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill.

F., S. (AUSTRALIA). Drug doses. Intensive Care Unit. *Royal children's Hospital* , 2008.

F.Azaldegui. (s.f.). *www.google.com*. Recuperado el 20 de diciembre de 2011, de http://www.freewebs.com/poliguitania/media/pdf/impresion_sec7doc11.PDF

Fascinetto.et.al., G. V. (2008). *PAC Pediatría 5*. Mexico: Intersistemas.

Fleisher Gary R., S. L. (1986). *Tratado de Urgencias Pediatricas*. Mexico: Interamericana S.A de C.V.

Flores, s. .. (s.f.). <http://www.reeme.arizona.edu/materials/pdf>. Recuperado el 21 de aril de 2012, de www.google.com

Gabriel Lago Barney, G. R.-A.-M. (s.f.). Síndrome de maltrato infantil. *Precop SCP. Ascofame* , 32-53.

Grabowski, T. (2002). *Principios de Anatomia y Fisiologia*. Mexico: Oxford University. <http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/completa/documentos/anexos/anexo02.pdf>. (s.f.).

Recuperado el 25 de ABRIL de 2012, de www.google.com.mx

I. De las Cuevas Teran. R, M. A.-C. (2000). Traumatismos Craneoencefalicos en el niño. *neuropediatria* , 109-114.

Jaime Forero, J. A. (2007). *Cuidado Intensivo Pediatrico y Neonatal*. Colombia: Mc Graw-Hill.

McLane, K. M. (1993). *DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA*. españa: Interameicana McGraw Hill.

Nichols, D. G. (1992). *Manual de Urgencias en Pediatria*. España: Msby-Year Book.

O., N. G. (2002). Exposiciones a sustancias tóxicas en el servicio de urgencias. *rev. chilena* , 257-262.

Oguisso, T. (2006). reflections on ethics and nursing in Latin Americana.

OLIVIERI., K. E. (1994). *ENFERMERIA FUNDAMENTAL. conceptos, procesos y practica*. Mexico: Interamericana McGraw-Hill.

Orem, D. E. (1993). *MODELO DE OREM. conceptos de enfermería en la practica*. España: Masson.

Paula Andrea Medina Moncada, S. C. (2004). Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias. *Investigación y Educación en Enfermería* , 48-60.

Poblano, A. (2003). *DETECCION Y ESTIMULACION TEMPRANAS DEL NIÑO CON DAÑO NEUROLOGICO*. Mexico: ETM.

R.L.Wesley. (1993). *Teorias y Modelos de Enfermeria*. Mexico : Mc Graw-Hill, Iteramericana.

Ricarte, L. P. (16 de Enero de 2009). *ENFERMERIA CIENCIA Y ARTE*. Recuperado el 13 de abril de 2012, de <http://eenfermeriauv.blogspot.mx/2009/01/plan-de-cuidados-riesgo-de-infeccion.html>

Richard E. Behrman, R. M. (2002). *Nelson Compendio de Pediatría*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

Rodas., M. d. (s.f.). www.google.com. Recuperado el 20 de noviembre de 2011, de <http://www.cecam.chiapas.gob.mx/doc/consentimiento-informado.pdf>

Rodrigo, M. T. (1998). *diagnósticos enfermeros*. España: hartcourt .

Speer, k. M. (1993). *cuidados de enfermería en pediatría*. España: Doyma.

Speer, K. M. (1993). *cuidados de enfermería en pediatría*. España: doyma.

DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO. En UNICEF.

Valenzuela, R. H. (1986). *MANUAL DE PEDIATRÍA*. Mexico: Interamericana. www.google.com. (s.f.). Recuperado el 24 de octubre de 2011, de

<http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/panels/Los%20derechos%20de%20los%20ninos%20en%20Mexico.pdf>

www.ssa.gob.mx. (diciembre 22 de noviembre de 2011, de http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf

X. ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO
EN LA TEORÍA DE OREM

| | |
|---|---|
| Nombre: <u>Alvarez Ortiz Uriel Gabriel</u> | Fecha: <u>19 octubre 2011</u> |
| Edad: <u>3 meses</u> Sexo: <u>M (X) F ()</u> | |
| No. De cama: <u>453</u> Registro: <u>475816</u> | Servicio: <u>Infectología IV</u> |
| Diagnóstico Medico: | |
| 1. <u>hemorragia temporobasal izquierda</u> | |
| 2. <u>hemorragia temporobasal derecha subaracnoidea</u> | |
| 3. <u>hemorragia frontal media izquierda en colección</u> | |
| 4. <u>hemorragia frontal bilateral</u> | |
| 5. <u>retinopatía hemorrágica ojo derecho</u> | |
| Diagnóstico de Enfermería: ALTERACION EN EL REQUISITO DEL APORTE SUFICIENTE DE AIRE, MANTENIMIENTO SUFICIENTE DE APORTE DE ALIMENTOS, <i>MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO, MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL, PREVENCIÓN DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO, PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL EQUILIBRIO HUMANO DEL SER NORMAL</i> | |
| Fecha de Nacimiento: <u>29 junio 2011</u> | Lugar de Nacimiento: <u>Chimalhuacan</u> |
| Domicilio: <u>Emelio Chariofep Mz 1 Lote 190 Col Mapliacion San Francisco</u> | |
| Procedencia: <u>Hixtapaluca</u> | |
| Teléfono casa: <u>41-18-25-10</u> | |
| Telefono particular: <u>044-55-22685108</u> | |
| Fecha de ingreso: <u>4-10-11</u> | 1ª vez: <u>X</u> |
| Subsecuente: _____ | |
| Fecha de egreso: <u>1-11-11</u> | Fuente de información: <u>madre/padre</u> |
| Fiabilidad: <u>confiable</u> | Próxima cita: <u>16 NOVIEMBRE 2011</u> |

Nombre del padre: Uriel Alberto Alvarez Jurado Edad: 17 años Edo. Civil: union libre

Peso: lo desconoce Talla actual: lo desconoce IMC: lo desconoce
Lugar de nacimiento: D.F. Ocupación: comerciante (vendedor de hamburguesas)
Escolaridad: Preparatoria Tec Monterrey en línea
Grupo y Rh: O+ Antecedentes Patológicos: madre hipertensa en tratamiento no recuerda tratamiento Adicciones: Si () No (X) Alcoholismo: Si (X) No ()
Ocasionalmente () Tabaquismo: Si (X) No () Ocasionalmente ()
Esquema de vacunación de acuerdo a su edad: Completo: () Incompleto: (X)

Pendientes: ¿Cuáles?: solo cuenta con la de tetanos

Nombre de la madre: Yurhein Ortiz Edad: 17 años Edo. Civil: union libre
Peso: 55 Kg. Talla actual: 1.56cm IMC: 22.91

Lugar de nacimiento: DF
Ocupación: estilista, por el mó se encuentra como ama de casa por la salud del menor Escolaridad: 4 semestre de preparatoria
Grupo y Rh: O+ Antecedentes Patológicos: madre con diabetes Adicciones: Si () No (X) Alcoholismo: Si (X) asta los 2 meses de embarazo) No () Ocasionalmente (X) Tabaquismo: Si () No (X) Ocasionalmente ()

Gesta: 1 Para: 0 Abortos: 0 Cesáreas: 1
Período intergenésico: _____ Método Anticonceptivo: _____
Método utilizado: condon
Esquema de vacunación de acuerdo a su edad: Completo: () Incompleto: (X)
Pendientes ¿Cuáles?: no cuenta con ninguna vacuna solo las que le aplicaron en su embarazo

ANTECEDENTES PERINATALES

Control prenatal: Si (X) No () Lugar: D.F.
No. de consultas prenatales: 6 Inmunizaciones durante el embarazo: Si (X) No ()
¿Cuáles? tetanos, hepatis
Durante el embarazo consumió: Ácido Fólico: Si (X) No ()
Sulfato Ferroso: Si (X) No () Otros: _____
Frecuencia/Dosis: _____
Trastornos durante el embarazo: Si () No (X) ¿Cuáles? _____
Producto de: Parto: _____ Cesárea: X Indicación: por tener el cordon umbilical alrededor del cuello fetal
Forcéps: Si () No (X) Lloró y respiro al nacer: Si (X) No ()
Tuvo alguna complicación durante el parto: Si () No (X) ¿Cuál?: _____
Apgar al 1 minuto: 8 a los 5 minutos: 9 Silverman: no lo recuerda
Capurro: no recuerda
Niño a término: Si (X) No () Pretérmino: Si () No ()

Edad Gestacional: 38 SDG Reanimación cardiopulmonar: Si () No (X)
Realización del tamiz metabólico: Si (X a los 15 días de vida con resultados negativos)
No ()
Malformaciones congénitas presentes: Si () No (X) ¿Cuál? _____
Peso al nacimiento: 3100 kg Talla al nacimiento: 51cm PC: 37cm PA:
31 cm PT: ----- SS: ----- SI: ----- Pie: 8cm
ASC: _____
Al nacimiento estuvo en: Alojamiento conjunto: () Cunero: () Terapia (X)
Causa: por presentar dificultad respiratoria
Alimentación al nacimiento: Seno materno Si (X) No () Fórmula Artificial: Si (X) No ()
Otro: _____

Porque: Uriel es alimentado con formula en los primeros 5 días y luego seno materno, mixta por un mes, después solo formula, te apio mas agua, 2.5 meses Gerber de manzana, FORMULA NAN 1

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Inmunizaciones: Completa _____ Incompleta: X
Alergias. Si: _____ No: X Especifique: _____
Operaciones previas: negados Transfuciones: positivo (paquete globular 138mc)
Enfermedades que ha padecido: ninguna, los familiares interrogados refieren que siempre fue un niño sano
Inmunizaciones: falta DPT, Rotavirus, Neumococo, Influenza
Actualmente presento algún accidente: Si () No (X) ¿Cuál? refieren los padrs que no, pero la conclusion y lo estudiado en cuanto al padecimiento se puede decir que probablemente fue sacudido
Antecedentes quirúrgicos: Si () No (X)
Especifique: _____
Antecedentes Transfusionales: Si (X) No () ¿A qué edad? 3/12

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Niveles y condiciones de la vivienda

Características físicas de la vivienda: techo de lamina, piso de cemento
Tipo de construcción: casa de padres paternos, piso de cemento y techo de lamina, adecuada ventilacion y entrada de luz solar
No. De habitaciones: 4 habitaciones
Servicios sanitarios: hospital en Ixtapaluca, DIF, CDC
Vías de comunicación: estacion de taxis, el transporte subterráneo queda a 30 minutos de la casa, microbús a 5 cuadras de su hogar
Medios de Transporte: estacion de taxis, metro a 15 cuadras
Recursos para la salud: medico particular, Hospital Pedro Lopez y el Hospital de Ixtapaluca
Hábitos higiénicos y dietéticos: baño cada tercer dia, cambio de ropa diario

EXPLORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS.

Signos vitales:

Temperatura: 36.7 F.C. 80x F. R. 40x

T.A. 90/40ml/hg T.A.M: _____

Sat. O₂. 85% sin oxígeno

Sat O₂ 100% con oxígeno

Somatometría:

Peso: 6875 Talla: _____ PC: 44.5cm PA: 45.5cm

PT: 45.5cm SS: 36cm SI: 25cm Pie: 9.5cm

PAM = PAD + PAS – PAD

PAM: 130 + 90 – 40 = 180

CRÁNEO:

Normocefalo, redonda, sin hundimientos, ni exostosis, fontanela anterior abierta con medida de 4 long. 3 ancho sin abombamiento, fontanela posterior cerrada, cuero cabelludo bien implantado, abundante, sin datos de infección o irritación, buena higiene, cabello hidratado y de buen color.

OJOS:

Cejas bien implantadas y simétricas sin heridas ni cicatrices, se descarta ptosis, pestañas bien implantadas, eritema en párpado superior con reflejo coclear palpebral, pupilas simétricas con reflejo fotomotor disminuido, mirada fija. En el expediente refiere que fue valorado por oftalmología diagnosticando retinopatía hemorrágica con centro blanco (manchas Roth). Movimiento ocular simétrico

NARIZ:

Simétrica, céntrica a nivel media corporal, narinas permeables, húmedas, con presencia de moco en fosa nasal derecha, mucosa nasal sin alteraciones.

OIDO:

Bien implantados, a nivel de cejas, cartilago bien formado, presencia de serumen, membrana timpánica aperlada, a la valoración se detecta hipoacusia o sordera en oído izquierdo, pendiente a valoración evolutiva.

BOCA:

Mucosa oral hidratada, sin ulceraciones ni laceraciones, encías de color rosado se niegan datos de gingivitis, presencia en menor tamaño de sensitivos inferiores, lengua sin fasciculaciones, adecuado tamaño y color sin placas de leche, paladar blando y duro íntegro, amígdalas normales de buen tamaño y color, faringe eritematosa.

CUELLO:

Céntrico, móvil sin dolor, se niegan datos de adenomegalia. No hay sostén cefálico (cuello en gota), hipotonía cervical.

TORAX:

Movimientos de aplexion y amplexacion toraco-abdominal, sin datos de dificultad respiratoria, ausencia de respiracion con retracción xifoidea y uso de músculos externos, presencia de estertores en ambos hemicampos.

AUSCULTACION CARDIACA:

Ruidos cardiacos rítmicos de buena tonalidad, sin soplos, focos cardiacos presentes.
Agregados negados.

ABDOMEN:

Distensión abdominal, dolor a la palpación, sin adenomegalias, borde hepático 3x5cm, subcostal a 1cm, a la palpación se percute mate, peristalsis presente con presencia de asas intestinales.

MIEMBROS SUPERIORES:

Simétricos, tono muscular normal, movimientos de flexión y extensión sin dolor, reflejo bicipital 3 izq. Y 2 der. tríceps y estiroradial 3 izq 2 der, sensibilidad y respuesta a estímulos externos presentes.

MANOS:

Pliegues palmares presentes, llenado capilar de 2", reflejo de presión, buen tono muscular.

MIEMBROS INFERIORES:

Pliegues plantares bien definidos, reflejo de Babinsky presente, llenado capilar de 2", articulaciones sin dolor a la flexion y extensión con hiperexcitabilidad, se niegan deformidades, color marmoteado, respuesta a estímulos externos, sensibilidad presente.

GENTALES:

Hombre:

Genitales de acuerdo a edad cronológica, testículos bien implantados descendientes sin alteraciones, escroto y pene normal.

Presenta dermatitis de pañal con eritema en ingle y en meato urinario se encuentra eritematoso por retension de sonda vesical

ANO Y RECTO:

Ano y recto permeable

EXPLORACION NEUROLOGICA:

Activo y reactivo, mirada en punto ciego con una duración de 6 a 8 segundos.

EXPLORACION DE PARES CRANEALES:

- I. OLFATORIO: no valorable por el ambiente hospitalario
- II. OPTICO: presenta mirada fija de 6 a 8 segundos, no sigue objetos, movimiento simetrico ante estimulación externa
- III. MOTOR OCULAR COMUN: positivo
- IV. PATETICO: positivo
- V. TRIGEMINO presencia de reflejo de succion, reflejo de búsqueda positivo, se coloca el dedo en el mentón del paciente y en golpeteo y como respuesta es la contracción muscular con cierre de boca
- VI. MOTOR OCULAR EXTERNO: positivo
- VII. FACIAL: responde a estímulos externos, gira cabeza al tocar mejillas, responde al dolor

- VIII. ESTADO ACUSTICO presenta hipoacusia o sordera en oído izquierdo, responde a sonidos externos girando cabeza
- IX. GLOSOFARINGEO: capaz de deglutir la fórmula
- X. VAGO: presenta reflejo nauseoso.
- XI. ESPINAL O ACCESORIO: eleva hombros, no hay control cervical, hipotonía de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo
- XII. HIPOGLOSO: sin fasciculaciones, adecuada deglución, se presenta reflujo gastroesofágico

Valoración de reflejos primitivos:

Reflejos presentes

| REFLEJO | EDAD DE APARICION | RESPUESTA |
|-----------------------------|-------------------|---|
| ADUCTOR CRUZADO | NACIMIENTO | Positivo |
| MORO | NACIMIENTO | Presente |
| PRESION PALMAR | NACIMIENTO | Positivo |
| PRESION PLANTAR | NACIMIENTO | Positivo |
| PERIORAL | NACIMIENTO | Positivo |
| RESPUESTA TONICO DEL CUELLO | NACIMIENTO | Negativo (cuello en gota) Hipotonía cervical |
| CURVADURA DEL TRONCO | NACIMIENTO | No valorable por la presión intracraneana por lo que se trato de manipular lo menos posible |

Tono activo:

| | |
|---|--|
| ANGULO DE ADUCTORES | Presente, se descarta DDC |
| ANGULO POPLITEO | Presente y valorable con simetría de miembros pélvicos |
| ANGULO DE DORSIFLEXION DEL PIE | Positivo a la estimulación externa |
| MANIOBRA DE BUFANDA | Presente y valorable |
| RETORNO EN FLEXION DE LAS EXTREMIDADES | Positivo con hiperexcitabilidad |
| POSICION DE EXTREMIDADES EN ESTADO DE VIGILIA | Hay simetría de ambos hemisferios |
| EXTENSION PASIVA CON INCURVACION DORSAL | No valorable para evitar complicaciones e la PIC; ERGE, polipnea |
| FLEXION PASIVA CON INCURVACION VENTRAL | No valorable por mismas razones |

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

1.- ORIENTACIÓN SOCIOCULTURAL

Estado Civil: unión libre Escolaridad: preparatoria truncada Ocupación: padre (comerciante) madre (estilista)

Religión: catolica Ingresos Economicos (Mensuales): \$3580

Lugar de Nacimiento: DF Domicilio actual y tiempo de residencia: Emelio Chariofep Mz 1 Lote 190 Col Mapliacion San Francisco Ixtapaluca.

2.- ESTADO DE DESARROLLO:

el estado de desarrollo se encuentra alterado ya que no se encuentra en las edad cronológica, no cumpliendo con los parámetros normales de un niño sano como se describe en el apartado de la Escala de Denver y a la exploración neurológica (Ramón 2007)

EXPLORACION NEUROLOGICA EN LA INFANCIA TEMPRANA⁹⁸

Ramón Cancho Candela. Pediatra. Complejo Hospitalario de Palencia

ALGUNAS ADQUISICIONES FUNDAMENTALES EN EL DPM.

- 1-2m: Sonrisa social. Puede seguir un objeto grande 90 grados. 2-3m Puede seguir un objeto 180 grados.
- 3m:x:w:u:rs y alza la cabeza za 45-90 grados. En tracción a sentado, cabeza alineada con el tronco.
- 4m Tentativas de prensión.
- 5m Prensión voluntaria. Volteo de prono a supino.
- 6m En DP apoyo sobre manos y pubis. En DS se agarra los pies
- 7m Se queda sentado apoyándose delante. Volteo desde supino. Prensión en pinza inferior. Se pasa objetos de una a otra mano.
- 8m Se queda sentado solo.
- 10m Gatea. Se pone de pie agarrándose. Pinza superior.
- 12m Anda agarrado. Puede agacharse a por un objeto.
- 15m Anda suelto. Torre de dos cubos
- 18m Dice 10 palabras. Chuta el balón. Torres de 3 cubos.

NOTA: a la valoración se valora que Uriel no tiene sonrisa social y no sigue objetos, tiene hipotonía en cuello, a la colocación en posición de gateo no hay sostén cefálico, reflejos arcaicos presentes.

DESARROLLO DE LA VISION EN EL LACTANTE.

- RN. Fija la mirada en el rostro de su madre si está cerca y frente a él.
- 1m. Fija la mirada en un objeto grande que esté encima de él y puede seguirle 90 grados.

⁹⁸ Candela., R. C. (Marzo, 2007). EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EN LA INFANCIA. VI Reunión APAPCYL, (págs. 2,3,4,6,7,8,10). Burgos.

- 2m. Fija, converge y acomoda. Puede seguir un objeto grande hasta 180 grados (de un lado a otro de la cama).
- 3m. Gira completamente la cabeza para seguir un objeto que se desplaza. Es la edad de "mirarse las manos".
- 4m. Buena capacidad visual. Puede ver los objetos a distancias variadas y percibe los pequeños detalles.

Muchos niños normales pueden presentar una coordinación incorrecta de los movimientos oculares y de su alineamiento durante los primeros días y semanas de vida, no alcanzando la normalidad a veces hasta los cuatro o seis meses. Debe recordarse que el Reflejo óptico facial no aparece hasta los 3-4 meses, pero su posterior ausencia es casi sinónimo de patología severa. Debe realizarse una inspección externa de los ojos, con valoración de la motilidad de musculatura ocular.

Nota: Uriel mantiene la mirada fija pero en un punto ciego, no reacciona ante la presencia de la madre ni a estímulos externos, no hay sosten cefálico (en gota), esto nos puede indicar que hay un problema visual que a base de la continua valoración se llegara a una detección o alteración, no mira objetos ni sigue objetos, probable hipoacusia o sordera en oído izquierdo ya que no voltea la cabeza a la presencia de algún sonido.

AUDICION.

- 0-6sem Ensancha los ojos, parpadea. Se agita o se despierta cuando está dormido, o calla si lloraba.
- 6sem-4m Lo anterior. Además comienza un rudimentario giro de cabeza hacia el sonido.
- 4m-7m. Gira la cabeza en un plano lateral hacia el sonido. Actitud de escucha o atención.
- 7m-9m. Igual. Comienza a localizar sonidos por abajo.
- 9m-13m Localiza directamente los sonidos por debajo y por los lados; indirectamente por arriba.
- 13m-16m Localiza directamente los sonidos por los lados, por debajo y por arriba.

Todos los niños de más de cuatro meses que no responden según la tabla anterior a dos sonidos, deben ser remitidos a un Centro de Referencia.

Nota: no reacciona a los estímulos ruidosos sospechándose de probable sordera o hipoacusia, despierta tranquilo

LENGUAJE/COMPRESION.

- 2-4m Vocalizaciones/Balbucesos.
- 4-6m Laleos (LE, BE, PE).
- 7-8m Bisílabos no referenciales (PAPA, TATA, DADA...)
- 9-12m PAPA (referido a todos los adultos varones). Tiende un objeto a sus padres. Dice adiós con la mano. Comprende el tono de la frase.
- 12-15m Bisílabos referenciales (PAPA, referido al padre). Comprende bien el significado de algunas frases.
- 15m-18m Usa algunas palabras-frase (BOBO-CAE...). Pide los objetos señalándolos con el dedo.
- 18-24m Se interesa por libros con ilustraciones e identifica una o dos imágenes.

Utiliza lenguaje global "significativo" (frases de 2-3 palabras sin verbo).

Nota: Uriel se encuentra irritable, en momentos de tranquilidad hay balbuceos

3.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

Tipo de Familia: Nuclear () Extensa (X) Integrada () Desintegrada ()
¿Cómo trata la familia por regla general los problemas? Bien () Regular (X) Mal () La familia, ¿depende de usted para alguna cosa? Sí () No (X)
¿Qué tal lo trata la familia? Bien (X) Regular () Mal ()
Si procede: ¿Cómo vive la familia/otros su enfermedad/hospitalización? Bien () Regular () Mal () ¿Por qué? son momentos de angustia ya que le pronosticaron con el 10% de sobrevida por lo que eso les angustiaba y que están dispuestos a cooperar en lo que sea necesario para ue Uriel se mejore y sea el niño de antes, por el momento la economía esta afectada ya que la hospitalización les ocasiono que el padre descuidara su negocio y que la madre suspendira estudios y trabajo.
¿Pertenece a algún grupo social? Sí () No (X) ¿Tiene amigos cercanos? Sí () No () ¿Se siente sólo (con frecuencia)? Si () No ()

4.- FACTORES AMBIENTALES

Area Geografica: Urbano (X) Suburbano () Rural () Marginada
Vivienda: Propia () Rentada () Otra: viven con los abuelos paternos
Tipo de Construcción: Techo: Concreto (X) Tabique: () Lamina (X) Madera ()
Piso: Cemento (X) Loseta () Tierra () Mixto () Otro: _____
No. De Habitaciones: 4 Ventilacion e Iluminación: Si (X) No ()
Animales domesticos: Perros (X) Gatos () Otros: _____
La convivencia con los animales es: Interna (X) Externa ()
Fauna Nociva: Si () No (X) Cual: _____

Servicios Intradomiciliarios:

Agua (X) Luz (X) Drenaje (X)

Manejo de los desechos (no) ¿Cómo maneja la basura?: _____

Tipo de combustible para cocinar: Gas (X) Petroleo () Leña () Otro: _____

Servicios Extradomiciliarios:

Servicios Publicos: Pavimentación (X) Luz (X) Agua (X) Drenaje (X)

Recoleccion de Basura: Si () No (X) Como: _____

Medios de Comunicación: T.V (X) Radio (X) Periodico y/o revistas (X) Internet (X)

Transporte Publico: Metro (X) RTP () Microbús (X) Taxi (X) Otros: _____

5.- DISPONIBILIDAD Y ADECUACION DE LOS RECURSOS.

Hospitales (X) Clinicas () Consultorios (X) Farmacias (X) Otros: _____

Centros Educativos: Kinder () Primarias (X) Secundarias () Preparatorias ()
Universidades () Otros : _____
Centros Comerciales (X) Mercados () Tianguis () Parques () Cine ()
Teatro () Centro Recreativo () Centro Deportivo () Otros: _____

6.- PATRON DE VIDA.

Actividad física: Si () No (X) Frecuencia _____
Ejercicio que practica con frecuencia: _____
Asiste a actividades recreativas Sí: _____ No: X Frecuencia _____
A que se dedica en su tiempo libre: _____
Consumo y frecuencia de Café: _____
¿Fuma cigarrillos? Sí () No () ¿Cuántos? _____ ¿Consume drogas? Sí () No ()
¿Cuáles? _____ Tuvo alguna vez problemas con la bebida? Sí () No ()
¿Cuándo bebió por última vez? :

7.- ESTADO DE SALUD.

Motivo de la consulta:

4- octubre- 2011:

ingresa a urgencias por hemÉÉr, hemorragias intrarretinales abundantes con centro blanco, hemorragia subaracnoidea en ojo derecho sospechando síndrome de niño sacudido.

Inicio padecimiento eñ 1/10/11 con vomito posprandial en proyectil, al día siguiente se muestra hipotónico, ojos abiertos, mirada al frente, alteración del estado de conciencia.

En el Hospital de Ixtapaluca "Pedro Lopez", lo valoran con Glasgow 8, crisis convulsivas por lo que es intuido y trasladado al INP con TAC observando colección hiperdensa tempobasal izquierda de aproximadamente 2x2.3 cm compatible con una lesión hemorrágica subaguda, otra lesión hiperdensa temporal derecha, lesión subaracnoidea frontal izquierda, colección frontal bilateral no atension, surcos y cisuras conservadas, no edema cerebral.

Exploración Física: masculino de edad cronológica similar a la aparente, habitos mesomorfo, cooperador, actitud flexor con estado 3 de PRENCHTL, sin movimientos estereotipados, con SNG y Puntas nasales, catéter femoral derecho, piel mormorea en extremidades inferiores.

Cráneo normocefalo en fontanela anterior 3x2 sin abombamientos.

Arcos de movilidad de cuello completos, reflejo fotomotor presente, eritema en parpad superior izquierdo, reflejo de búsqueda negativo. Torax con campos pulmonares con escasos esertores en ambos hemicampos, ruidos cariacos ritmicos sin soplos.

Abdomen sin visceromealias, extremidades superiores en AMP completos, entorno normal ara hombro, codo ashworth 1, mano normal, reflejo bicipital 3 izquierdo, 2 dercho, triceps y estoioradial 3 izquierdo, 2 derecho, sensibilidad, rseponde a estímulos táctiles , miembros inferiores con AMP completos, tono bajo.

REMs disminuidos, actividad voluntaria.

Sin control cefálico, reflejo óptico visual negativo, no sigue ojetos, reflejo cocleo palpebral positivo.

Preensión palmar y plantar positivos.

Uresis y evacuaciones presentes, tolera VO sin datos de dificultaad respiratoria.

5 – octubre-2011

Colocación de catéter venocentral

12 – octubre-2011

Se extuba sin complicaciones

24-octubre-2011

Retiro de SNG así como de catéter central, ausencia de vomito por lo que se descarta ERGE fisiológico y patológico, evacuaciones de color amarillo, semilíquidas.

De acuerdo a la valoración y a la tolerancia respiratoria sin PN ni casco de oxígeno se podría dar de alta a la siguiente semana.

Se encuentra consciente, orientado, activo y reactivo, respuesta a estímulos, seguimiento de objetos, hipoacusia o sordera del lado izquierdo, hipotonía de cuello, fuerza neuromuscular presente. SV estables.

1-noviembre-2011

Se da de alta, y se da plan de alta

8.- FACTORES DEL SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD.

Cirugías previas: negados

Tipo de anestesia que su utilizo: negados

Enfermedades exantemáticas padecidas: negados

Enfermedades que ha padecido diarrea

Número de hospitalizaciones y causa: 2 hospitalizaciones. La primera fue cuando nació ya que presento dificultad respiratoria ingresando a la UCIN por 24 horas, egresando aon binomio sano a los 5 días de vida. La segunda ocasión fue el 1 octubre por presentar los diagnosticos médicos anteriormente mencionados, y permaneciendo en hospitalización por un mes, sin complicaciones que requiriera cirugía o transfusión sanguínea.

¿Cómo ha sido su salud en general? Buena () Regular () Mala (X)
 ¿Ha faltado a la escuela a causa de alguna enfermedad? Sí () No ()
 ¿Qué cosas importantes realiza para mantenerse sano? _____
 ¿Realiza autoexámenes mamarios? Sí (X) No () ¿Con que frecuencia? cada ves que quiere realizarlo a lo que se le sugiere que se realice la exploración a la semana post-menstruacion
 En el pasado, ¿le resultó fácil seguir las recomendaciones que su médico o enfermera le indicaron? Sí () No (X) .Estado de vacunación incompleto
 Automedicación Sí (X) No () ¿Por qué? por escasos recursos monetarios, sugerencia de la familia
 ¿Cómo le podemos resultar más útiles? resolver todas sus dudas pero siendo mas claros, hacer sugerencias en cuanto a la recuperación del niño ya que estarán dispuestos a seguirlos al pie de la letra, brindarle al menor los cuidados necesarios
 ¿Beneficiaria de alguna Institución de Salud? Si () No (X) Cual: _____
 En caso de enfermedad, ¿a dónde acude? Atención medica particular
 Higiene: Baño: Diario () Cada tercer día (X) Ocasional () Completo ()
 Incompleto () Parcial () Regadera () Tina (X) Bandeja ()
 Cambio de ropa: Diario (X) Cada tercer día () Ocasional ()
 Lavado de dientes: Tres veces al día () Una Vez al día () Ocasionalmente ()
 Lavado de manos: Antes de cada comida y después de ir al baño (X) Una vez al día ()
 dos a tres veces al día (X) Ocasionalmente () No lo realiza ()
 Características del calzado: Adecuados (X) Inadecuados ()
 Características de la ropa : Adecuados (X) Inadecuados ()
 Inmunizaciones: Cuadro Completo () Cuadro Incompleto (X)
 ¿Qué vacunas falta por aplicársele? falta DPT, Rotavirus, Neumococo, Influenza
 Grupo y Rh: O+ ¿Ha recibido transfusiones?: negado
 ¿Tiene dificultad para oír? Sí (X) No () Visión. ¿Lleva gafas? Si () No (X)

Nivel de conciencia: activo, reactivo Orientación : no valorable para la edad del menor

Características Gineco – Onstetricas:

En mujeres: ¿Cuándo comenzó la menstruación? 12 Ultimo periodo menstrual. 15 octubre Ritmo: irregular Duracion: 3/7
 ¿Problemas menstruales? Si () No (X) ¿Cuál? _____
 Inicio de Vida sexual activa: 16 (1) pareja sexual
 ¿Embarazo? : SI No. Partos: 0 No. Cesareas: 1 No. Abortos: 0
 Prueba de DOC: Papanicolau: no Colposcopia: NO
 Exploración Mamaria: si conoce la tecnicade exploración mamaria
 Si procede según la edad y situación: ¿Las relaciones sexuales son satisfactorias? Sí (X) No ()
 ¿Ha habido cambios? Sí () No (X)
 ¿Problemas? Sí () No (X)
 Si procede: ¿Utiliza contraceptivos? Si () No () ¿porque? _____
 Metodo de anticoncepción utilizado: condon y la abstinencia por el momento

REQUISITOS UNIVERSALES (OREM)

I. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

Signos vitales: T/A: 40/60 Temp: .36.7 FC: 80 FR: 40 Sat O2: 100% con Oxígeno
Llenado capilar: 2"
Tipo de respiración: eupneico, pero en momentos presentaba polipnea sin tiros intercostales, ni retracción xifoidea
Campos pulmonares: presencia de estertores bilateral en hemicampos pulmonares
Ha presentado enfermedades respiratorias: Si () No (X) ¿Cuál? _____
Ruidos Respiratorios: Si (X) No () Tipo: estertores bilaterala en hemicampos pulmonares
Presenta dificultad para respirar: Si (X) No () Aleteo Nasal: (X)
Retracción Xifoidea: () Disociación Toraco- abdominal: () Tiro intercostal: () Quejido espontáneo: () Secreciones Bronquiales: Si (X) No ()
Cantidad: 1 ml Consistencia: licuosa Color: hialino
Olor: negativo Apoyo ventilatorio por: puntas nasales y una semana posterior casco de oxígeno

1. Uriel se encuentra en estado de somnolencia, con puntas nasales de 5L/min, que posteriormente a la intolerancia a PN se sustituyen por casco de oxígeno saturando al 100%, al estrés, agitación, tos excesiva y productiva entra en estado polipneico, estertores en ambos campos pulmonares (hemicampos) de consistencia licuosa y color hialina, no presenta uso de accesorios respiratorios para la misma, ausencia de tiros intercostales, retracción xifoidea, no hay disociación toraco-abdominal.

II. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

Como se observa el estado de hidratación del niño normohidratado, sin resequeadad, sin escoraciones, tegumentos y mucosas de buen color (rosado)

Se alimenta al seno materno no cuantas veces se alimenta en 24hrs Si ya inicio la ablactación que tipo de alimentos consume ingiere té, , agua, atoles agua

El agua de consumo es Hervida X Filtrada Embotellada X

Llave Toma en vaso: si Cantidad: 1/4 vaso ¿Con que frecuencia? por las tardes Dificultad para ingerir. no

Mucosas hidratadas: SI Secas: NO llanto con lagrimas. PRESENTE Sin lágrimas:

Piel integra: X Seca:

Turgencia de la piel: no alterado a la valoración la piel regresa asu estado normal Mucosas: Hidratadas/ Secas:

Soluciones endovenosas:

Frecuencia:

Observaciones. a la valoración el niño Uriel se encuentra en buen estado de hidratación, con adecuada coloración de tegumentos y mucosas sin alteraciones, llanto con lagrimas, llenado

capilar de 2 segundos, conjuntivas hidratadas de buen aspecto, mucosas orales sin laceraciones ni ulceraciones. La madre refiere que incluso le proporciona agua en vaso que a lo mucho toma ¼ vaso, en el ambiente hospitalario se encuentra con solución fisiológica de 250 cc p/24 horas.

III. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Características del reflejo de búsqueda: Vigoroso (X) Débil () Ausente ()
Características del reflejo de succión: Vigoroso () Débil (X) Ausente ()
Características del reflejo de deglución: Vigoroso () Débil (X) Ausente ()
Forma de alimentación: Seno materno () Biberón (X) Otro ()

¿Cuál? _____

¿Causa? _____

Tipo de alimentación: Leche materna: () Fórmula Artificial (X) Mixta ()

Frecuencia: 4 veces al día Horario: alternados Presenta: _____

Cólicos Si (X) No () Frecuencia: cuando no le sacan bien el aire

Hipo: Si () No (X)

Frecuencia: _____

Reflujo: Si (X) No ()

Frecuencia: posprandial

Náusea: Si (X) No ()

Frecuencia: posprandial

Vómito: Si (X) No ()

Frecuencia: posprandial o durante el día

Distensión abdominal: Si () No (X)

Frecuencia: _____

Glicemia capilar: se recabaron en varios días y diferentes turnos

Piel: Coloración mormotea Hidratación: normal

Pelo: Textura ligera resequeadad Mucosa oral: hidratada Piezas

dentales: comeinzan aparecer los sensitivos inferiores

Amígdalas: Características normal, de buen tamaño, sin inflamación, sin dolor a la palpación, se niegan datos de infección bacteriana o viral

Presenta alguna malformación congénita: Si () No (X) ¿Cuál? _____

Uñas: bien implantadas, cortas con buena higiene, coloración rosacea

Ha ganado peso: Si (X) No () ¿Cuánto? 300gr

IV. ELIMINACION

En donde evacua y micción.

Pañal: X Orina: En el baño: _____

Sonda Vesical: Si (X) No ()

Observaciones: se coloca sonda vesical termitente, el cual solo dura 24 horas presentando posteriormente eritema en meato urinario y dermatitis de pañal, el cual se informa al medico y solo prescribe paracetamol y vigilancia, al tercer día se valora el cual ya se encuentran genitales normales sin datos de irritación por pañal

Consistencia de la heces: Formada: X Pastosas: _____ Semilíquidas: _____ Con sangre: _____

Color. Verde: X Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____ Dolor al evacuar: negativo

Frecuencia de eliminación intestinal en 24 horas:

1-4 veces: X 4-8 veces: _____ 8-12 veces: _____

Micción. Color. amarillo claro Olor: negativo con sangre: _____ Dolor: _____ Ardor: _____ Observaciones. miccion normal, ciu generis normal, se niegan alteraciones negativas

Frecuencia de eliminación vesical en 24 horas:

1-4 veces: X 4-8 veces _____ 8-12 veces: _____ ¿Frecuencia de padecimientos gastrointestinales al año?: negativo Observaciones. evacua sin dolor en pañal con forma anal y consistencia dura de color café, sin presencia de sangre o moco

V. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Horas de sueño: 9 horas/día Costumbres para conciliar el sueño en el neonato: la madre refiere que no hay algo externo que lo estimule a dormir

Juguetes Sin luz () Con música ()

Duerme solo o en el mismo lugar que su madre: duerme solo en su cuna

Duerme siesta: si En que horario: vespertino

Despierta por las noches: si

Como despierta: Activo/ Letárgico/Tranquilo /Irritable: activo, reactivo, aveces irritable por que tiene hambre o por dolor

Tono muscular: presente, ausente en cuello

Características del reflejo de Moro: Vigoroso () Débil (X) Ausente ()

Características del reflejo Presión palmar: Vigoroso () Débil (X) Ausente ()

Características del reflejo Presión Plantar: Vigoroso () Débil (X) Ausente ()

VI. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL

Responde al tacto: si Voltea con los sonidos fuertes: si, responde al estimulo externo cuando se estimula del lado derecho, sin embargo en lado izquierdo no se hace presente la respuesta

Sigue la luz: no Visualiza sombras: no es posible valorarse

Llanto: Débil/Fuerte/ Sollozo: debil

Se tranquiliza con la madre y/o padre: se tranquiliza cuando lo abrazan sea familia o personal de salud

Quien lo cuida: la madre y padre, Con quien juega: la madre lo estimula a jugar, le platica, la respuesta del niño es negativo

Cuantos hermanos tiene: 0

Qué lugar ocupa en la familia: el 1 Con quien vive: padre, madre y abuelos paternos

Existe relación Padre hijo: Si () No () Porque: el padre en horas de visita esta al pendiente del menor, le da de comer, le platica, lo carga, lo cuida

Existe relación Madre hijo: Si () No () Porque: la madre esta al pendiente del menor, llega temprano a las horas de visita, le platica al menor, l carga y le da de comer, esta al pendiente de las indicaciones medicas y de la enfermera en turno

Existe relación con los hermanos: Si () No () Porque: _____

Es hijo planeado y deseado: Si () No () Porque: la madre dice que fue en un momento en que la pareja no se cuidó y que pensaba no tenerlo por la edad en que se encuentra y por que aun se encontraba estudiando

Ambos padres comparten la responsabilidad del cuidado del niño: Si () No ()
Porque: ambos asisten a la visita hospitalaria, están al pendiente del menor, lo cuidan, dedican su tiempo para estar con Uriel

VII. PREVENCIÓN DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

Caput: Si () No () Cefalohematoma: Si () No ()
Fontanelas características: anterior (3x2cm, sin abombamiento ni hendidura) posterior (cerrada), suturas (cerradas)

Ojos: Secreción Si () No () Conjuntivas: Si () No ()
Nariz: Permeabilidad: Si () No () Tabique: centrico a la línea media facial, sin desviaciones Secreción: se encuentra permeable
Oídos: Membrana timpánica: aperlada Secreción: escaso serumen, ausencia de LCR, sangre o secrecion purulento
Reacciona a oído: Si () No ()

Tiene aditamentos de seguridad en su casa: Si () No ()
¿Cuáles?: cutna con barandales en su cunero, ventanas cerradas para evitar corrientes de aire, adecuada iluminación,

Que enfermedades a padeció su niño: la madre refiere que ha sido un niño sano hasta el momento que sucedió el estado crónico

Ha consultado otras personas diferentes a los médicos: si, a la abuela paterna que dice que conoce de algunas hierbas

Es alérgico a algún medicamento: negado

Que personas acuden a la visita hospitalaria: la madre, el padre, la abuela paterna

Describe los miedos sobre la enfermedad del niño: angustia, ansiedad de que el medico solo le pronostico un 10% de sobrevivencia, miedo a que un día le digieran que algo malo le había pasado o que fuera empeorando y ya no saliera bien el menor, era una angustia y una desesperación pero a la vez un desgaste fisico por parte de los progenitores el ir diario al hospital

Que cambios familiares han surgido durante la enfermedad: el tener que dejar d etrabajar por estar con el menor todos los días lo que a consecuencia es la falta de dinero aunque cuenta con el apoyo de los abuelos paternos

VIII. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL EQUILIBRIO HUMANO DEL SER NORMAL

Que aspiraciones tiene usted de su hijo: terminar de estudiar y trabajar y abrir su negocio, apoyar a los estudios, el padre termina la prepa va a trabajar y ser padre de la familia

Con que frecuencia acuden a la iglesia: son catolicos pero no acuden con mucha frecuencia

Que piensa de la muerte: ciclo de la vida, es algo normal,

Para usted que es la enfermedad: durante la hospitalización de Uriel sintió muy feo

NOTA DE INGRESO:

Fecha: octubre 4, 2011.

Paciente de 3/12 que ingresa al servicio de urgencias con el Dx de Pb. Hemorragia Intracraneana, refiere el padre que el día de hoy a las 10:00 am al despertar al paciente no reaccionaba, observándolo flácido, mirada fija, recibe atención primeramente en el Hospital Pedro López de Ixtapaluca estado de México de donde posteriormente lo envían al instituto.

El residente de Ixtapaluca Estado de México, forma parte de familia nuclear, padre de 17 años, con escolaridad media superior incompleta, han procreado únicamente al paciente.

El proveedor económico son los padres, atienden un local en su domicilio donde venden los fines de semana hamburguesas, su ingreso global asciende a \$3580.00.

Habitan casa popular, propiedad de los abuelos paternos, consta de recamara, la cocina y sala comedor es compartida con la familia paterna (abuelos y 2 tíos) el material de construcción es de mampostería, ubicada en zona urbana.

Se toman datos para E/S, se brinda apoyo emocional, observando al padre angustiado ante el estado de salud de paciente de recepción para la otorgación del pase de madre participante.

TRATAMIENTO EN HOSPITALIZACION:

Pulso: 136
Respiración: 36
Tensión arterial: 90/60
Peso: 6,450
PA: 41cm

EPAMIN 20mg IV: 12 20 4
OXCABACEPINA 88mg: 8 20
FUROSEMIDE 4mg IV: 12 18 24 6
OMEPRAZOL: 7mg IV: 8
LEVETIRCETAM 140mg: 16 4
PARACETAMOL 65mg PRN

Glucosa 10% 233ml
NaCl 2.3ml
KCl 7mg
29ml/hora

Formula 120ml

Densidad urinaria:

Ph: 6

DU:1020

Restos (-)

LABORATORIOS:

Fecha: 4-10-11

Grupo sanguíneo "O"

Factor Rh (+)

Hemoglobina: 9.8 mg/dl 10.7-13
Plaquetas 546,000/mm³ 15,000 a 400,000

T. protrombina 14seg

TPT 34.1seg

QS:

Glucosa: 269mg/dl 65 a 110mg/dl

Urea 20mg/dl 15 a 39 mg/dl

Creatinina 0.4mg/dl 0.7 a 1.4mg/dl

Acido urico 4.4mg/dl 2.6 a 7.2 mg/dl

Calcio de 9.5 mg/dl 8.4 a 10.2 mg/dl

Fecha: 19/10/11

EGO:

Color: amarillo



Aspecto: claro
 Gravedad espeífica: 1.010
 Ph: 5.0
 Urobilinogeno: 0.2
 Sedimetos-leucocitos: 2/uL
Resto negativo

Fecha: 13/10/11

Coagulación:

Retracción coagulo 37% 1-20
 Tíempo de protrombina
 TP 10.30seg 10.43-13.63
 INR 0.86 0.86-1.15
 Tiempo de Tromboplastina parcial 32.0mg/dl 160-390
 Fibrinógeno 51mg/dl 160-390

LABORATORIO DE BACTEROLOGIA:

Fecha: 19-10-11
 Dx: fiebre sn foco
 Nombre del organismo: enterobacter CLoacae
 Antibiótico: ceftriaxona

VALORACION DE LOS REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES

| REFLEJO | ESTIMULACION | CONDUCTA | PRESENTE | DEBIL | AUSENTE |
|-----------------|---|--|--------------|----------|---------|
| Hociqueo | Sus mejillas se acarician con el dedo o con el pezón. | Voltea la cabeza, abre la boca y empieza movimientos de succión. | Positivo | | |
| Prensor | Se acaricia con la palma de la mano del bebe | Empuña la mano, se le puede levantar si ambas manos son empuñadas. | | Presente | |
| Natación | Se pone al bebe boca abajo en el agua | El bebe hace movimientos de natación bien coordinados. | No se valoro | | |

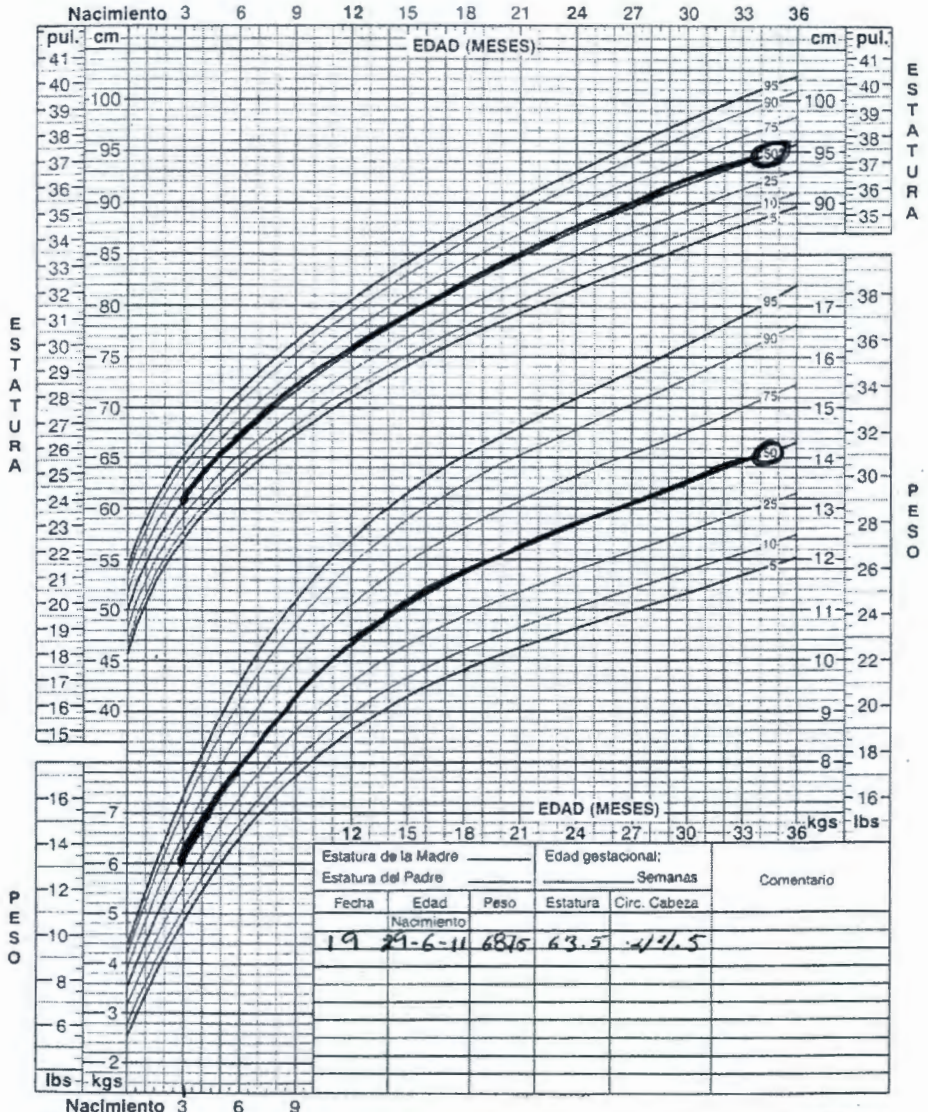
| | | | | | |
|---------------------------|---|---|--|----------|------------------------------------|
| Cuello tónico | Se acuesta al bebe sobre la espalda | Voltea su cabeza a un lado y adopta la posición de esgrimista | | | Cuello en gota, hipotonía cervical |
| Moro o sobre salto | El bebe se deja en la cama y se le hace oír un ruido alto. | El bebe extiende las piernas, los brazos y los dedos; arquea la espalda, lanzando la cabeza hacia tras. | | Presente | |
| Babinski | Se acaricia la planta del pie del bebe | Los dedos de los pies del bebe se abren en forma de abanico; el pie se dobla hacia adentro. | | Presente | |
| Caminata | Se toma al bebe por debajo de los brazos, con los pies descalzos tocando una superficie plana | El bebe hace pasos semejantes a los de una caminata pero bien coordinados. | | | No lo presenta |
| Ubicación | El talón del bebe se coloca contra el borde de una superficie plana. | El bebe retira el pie. | | | Negativo |

Edad 3 meses

Nacimiento a 36 meses: Niños
 Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

Nombre U.G.A.O

de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 20 de abril del 2001).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Oriel Gabriel Alvarez Ortiz
 Edad. 3 meses

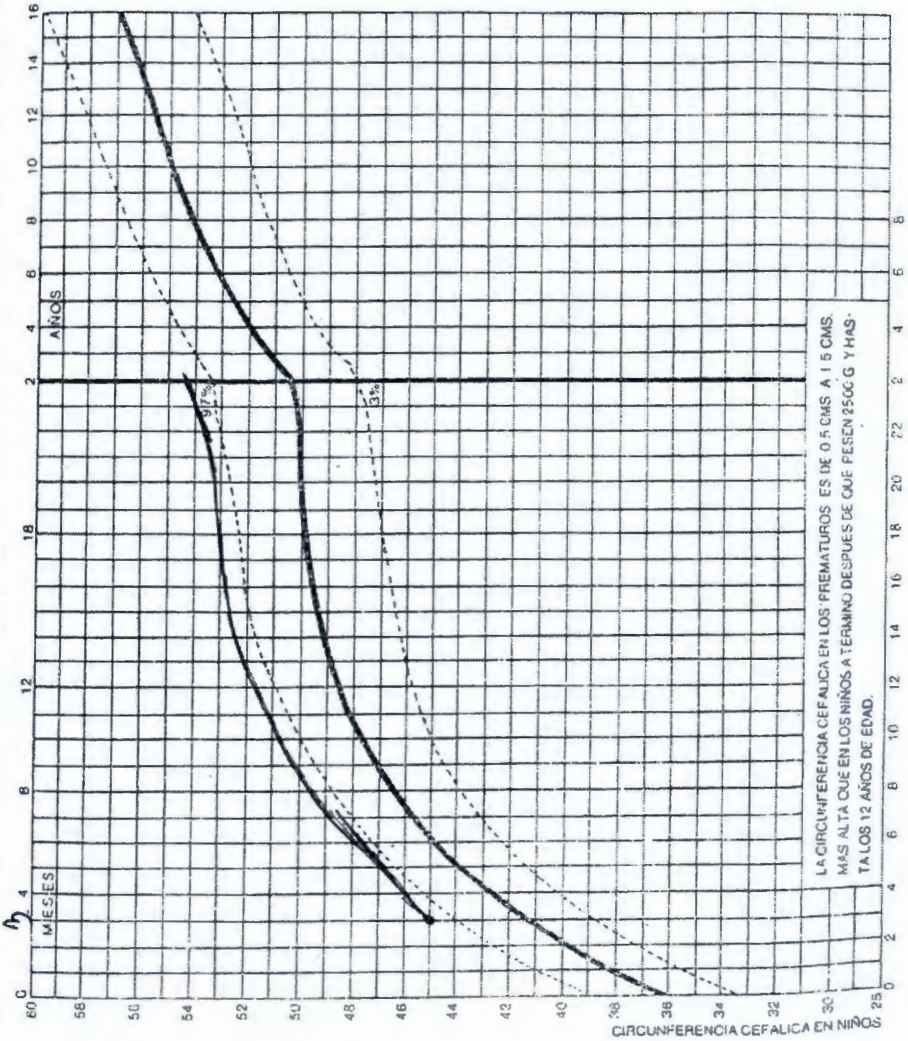


Instituto Nacional de Pediatría

Circunferencia cefálica en niños

DEPENDENCIA IUP FECHA 19-10-11

SERVICIO Infectología IV N° HOJA 1



Relación de Segmentos = 1.44

| Medidas antropométricas de relación | | | | | | |
|-------------------------------------|---------|-------|------------------|---------|------|------------------|
| Edad | Varones | | | Mujeres | | |
| | SS/SI | Br-T | P/T ² | SS/SI | Br-T | P/T ² |
| RN | 1.70 | -2.5 | | 1.70 | -2.5 | |
| 1 | 1.54 | -2.5 | 17.17 ± 0.33 | 1.52 | -3.3 | 17.11 ± 0.21 |
| 2 | 1.42 | -3.0 | 16.49 ± 0.07 | 1.41 | -3.5 | 16.50 ± 0.09 |
| 3 | 1.35 | -2.7 | 16.27 ± 0.03 | 1.30 | -4.0 | 16.26 ± 0.03 |
| 4 | 1.22 | -3.0 | 16.24 ± 0.04 | 1.22 | -3.8 | 16.16 ± 0.03 |
| 5 | 1.19 | -3.3 | 16.13 ± 0.01 | 1.15 | -3.5 | 16.11 ± 0.02 |
| 6 | 1.11 | -2.5 | 16.23 ± 0.09 | 1.10 | -3.3 | 16.23 ± 0.05 |
| 7 | 1.07 | -2.5 | 16.46 ± 0.06 | 1.06 | -2.0 | 16.49 ± 0.12 |
| 8 | 1.03 | -1.2 | 16.84 ± 0.21 | 1.02 | -1.8 | 16.81 ± 0.19 |
| 9 | 1.02 | 0 | 17.42 ± 0.15 | 1.01 | -1.2 | 17.44 ± 0.18 |
| 10 | 0.99 | 0 | 17.92 ± 0.18 | 1.00 | -1.0 | 18.19 ± 0.31 |
| 11 | -.98 | 0 | 18.65 ± 0.25 | 0.99 | 0 | 19.46 ± 0.42 |
| 12 | -.98 | + 2.0 | 19.42 ± 0.24 | 0.99 | 0 | 20.38 ± 0.18 |
| 13 | .97 | + 3.3 | 20.11 ± 0.17 | 1.00 | 0 | 20.97 ± 0.17 |
| 14 | .97 | + 3.3 | 20.75 ± 0.23 | 1.01 | 0 | 21.70 ± 0.24 |
| 15 | .98 | + 4.3 | 21.39 ± 0.16 | 1.01 | +1.2 | 22.11 ± 0.05 |
| 16 | .99 | +4.6 | 21.82 ± 0.09 | 1.01 | +1.2 | 22.16 ± 0.02 |
| 17 | .99 | + 5.3 | 22.02 ± 0.03 | 1.01 | +1.2 | 22.10 ± 0.02 |

| | |
|------------------|---|
| SS/SI | = Relación del segmento superior entre el segmento inferior |
| Br/T | = Relación de la brazada menos talla |
| P/T ² | = Relación entre el peso dividido entre el cuadrado de la talla |

- * La relación de segmentos se encuentra por arriba de los valores normales
- * La brazada no fue valorada por la presión intraocular na del menor

ESCALA DE CAMPBELL
Escala de evaluación del dolor y comportamiento
para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea

| | 0 | 1 | 2 |
|--------------------|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| Musculatura facial | relajada | tenión muscular y dolor | dientes apretados |
| Tranquilidad | relajado | Inquietud | movimientos frecuentes |
| Tono muscular | normal | aumentado | rígido |
| Respuesta verbal | normal | quejas, lamentos, gruñidos | quejas, lamentos, grandes elevados |
| Confortabilidad | tranquilo | se tranquiliza con la voz | dificil confortar |

Rango de puntuaciones

0: no dolor 1-3: dolor leve-moderado 4-6: dolor moderado-grave > 6: dolor intenso

8: dolor intenso



9: dolor intenso



UNAM



**ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

**“ESTIMULACION
PARA EL SOSTEN DEL
CUELLO”**
Triptico #1

Nombre del paciente:

Uriel Gabriel

Aplicado: lactante de 4
meses



Presenta:
LEO Cintya Marlen
Mejia Santana

México, D.F., 5-
noviembre del 2011

Las actividades se realizan en un lugar con clima agradable, sin corrientes de aire, con la menor cantidad de ropa en el niño, de preferencia con el niño recostado sobre una superficie firme pero suave. El niño no debe de tener hambre ni sueño.

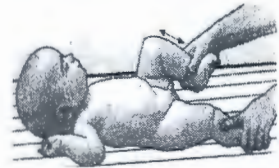
Abrazo del oso

Abrir suavemente las manos del niño acomodando nuestro pulgar en su palma para que lo envuelva con sus dedos, realizando una ligera presión empujando el pulgar del niño hacia fuera y envolviendo nosotros su antebrazo. Extender los brazos al mismo tiempo y cruzarlos en el pecho, presionando el torax de modo intermitente. Al finalizar la maniobra, acomodar los brazos cruzados en el pecho, soltándolos lentamente para evitar el sobresalto.



**ESTIRAMIENTO LIGERO Y
RAPIDO**

Movilización ligera y rápida en los MP con la técnica de Rood



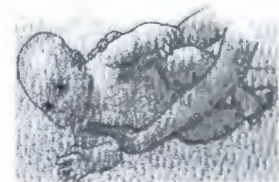
Compresión

Facilita la cocontracción



GIROS

Facilita la disociación de patrones totales en tronco y relajación de cintura pélvica



Pronación

Facilita el enderezamiento y control cefálico



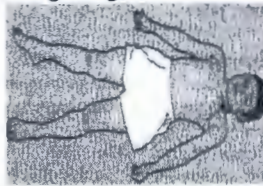
Cocontracción del cuello
 Para desarrollar el control de cabeza y cuello y estimular la reacción de enderezamiento en contra de la gravedad



Sobre los codos
 Activa los extensores de cuello y espalda



Volteo
 Se logra el giro de la cabeza



Reflejo tónico del cuello
 Relaja músculos de espalda y cuello



Extensión de la cabeza y apoyo sobre ambos codos



Fig. 9.7. Ejemplo de puppy 1, con reacciones óticas, laberínticas y de cuello.

Estimulador sentado en el suelo y con la espalda apoyada en la pared.

Situará al niño sentado delante de él, con la espalda apoyada en su pecho y las piernas agrupadas el dedo pulgar se situará sobre la articulación de la mandíbula, el dedo índice entre el labio inferior y el mentón y el dedo corazón debajo del mentón. La cabeza del niño estará apoyada en nuestro pecho para evitar la hiperextensión del cuello.



Relajación sobre la pelota
 Pelota #22 con ambos brazos al frente
 Cr una mano sobre la pelvis y mover la pelota hacia adelante y hacia atrás rítmicamente tratando que el niño se amolde a la pelota.



Matrogimnasia

Proporciona posición adecuada y estimula los vientres de los músculos paravertebrales para el enderezamiento, contacto visual, auditiva, laberíntica y cervical.





UNAM

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"ESTIMULACION PARA EL SOSTEN DEL CUELLO"

Triptico #2

Nombre del paciente:

Uriel Gabriel

Aplicado: lactante de 4 meses



Presenta:
LEO Cintya Marlen Mejia Santana

Mexico, D.F., 19 -noviembre del 2011

RELAJACION DE MIEMBROS INFERIORES

. Tomar al niño por los tobillos, flexionando ambas piernas hacia el abdomen al mismo ritmo, presionando ligeramente las rodillas sobre el estomago.

. realizar el ejercicio anterior de manera alternada; primero una pierna hacia el abdomen, se mantiene la otra extendida; se cambia la posicion de manera continua y rítmica.

Dicho ejerció facilita la relajación de cintura pélvica y de los angulos aductor y poplíteo, mejora la motilidad intestinal.

MASAJE

. La estimulación táctil representa el mecanismo mas accesible para la atención del niño.

MASAJE CON PRESION ARTICULAR

Con las piernas en flexion, presionar firmemente en cada articulación; la presión se ejerce con la palma de la mano sin utilizar e pulgar ni la punta de los dedos.

Pies: presionar los tobillos y parte media de las plantas

Rodillas: envolverlas con las manos

Cadera: en dirección hacia la columna vertebral del niño

Hombros: hacia la

columna vertebral

Codos: envolverlo con las manos

Manos: colocar el pulgar en la palma de la mano del niño y presionar el dorso, enderezando ligeramente las muñecas

Al terminar esta actividad, realizar el abrazo del oso esto facilita el aumento del tono muscular.

MASAJE DE LA INDIA "VIMALA"

Estimula la circulación sanguínea, el ritmo cardíaco, sistema inmunitario y digestivo. Se estimula la totalidad del sistema nervioso

Ordeñador hindu: deslizar las manos de muslo hacia tobillo

Exprimidor: movimientos encontrados de nuestras manos sobre pantorrilla, muslo y planta del pie

Molinillo: movimientos en cada dedo

Ovillo: flexion dorsal suave del pie

Circulos en tobillos: movimientos circulares

Ordeñador sueco: deslizar las manos de tobillo a muslo con movimientos ascendentes

| | | |
|--|---|--|
| <p><i>En el estomago:</i></p> <p>Rueda de agua: deslizar las manos en sentido descendente, de manera alterna</p> <p>Abrir un libro: deslizar las manos del centro hacia los costados</p> <p>Te amo: deslizar la mano de derecha a izquierda sobre el ombligo y descender sobre el costado izquierdo</p> <p>A ti: deslizar la mano sobre el lado derecho del adomen de abajo hacia arriba, después sobre el ombligo y descender sobre el costado izquierdo del mismo formando una U invert.</p> <p><i>En el pecho:</i></p> <p>Abrir y cerrar un libro: deslizar ambas manos apoyadas en el pecho del centro hacia los costados y de regreso</p> <p>Abrazo del oso: extender y cruzar los brazos en el pecho</p> <p><i>En los brazos y manos:</i></p> <p>Masaje en la axila: con dedos índice y medio, dar masaje circular suave en la axila</p> | <p>Ordeñador hindú: deslizar las manos del hombro a la muñeca de arriba hacia abajo</p> <p>Exprimidor: envolviendo con las manos, realizar movimientos encontrados con las mismas</p> <p>Molinillo: giros suaves en cada dedo</p> <p>Dorso de la mano: deslizar dedo índice y medio con movimientos circulares en el dorso de la mano</p> | <p><i>En la cara:</i></p> <p>Abrir un libro: apoyar las manos cóncavas al centro de la cara y deslizarlas hacia afuera</p> <p>Parpados: deslizar suavemente los pulgares del centro hacia afuera sobre los parpados superior</p> <p>Nariz: deslizar los pulgares del labio superior hacia las mejillas</p> <p>Mandibula: con dedo índice y medio, dar masaje circular suave bajo del lóbulo de la oreja</p> <p>Oído-barbilla: realizar movimientos circulares con 2 dedos de oreja hacia la barbilla, siempre de arriba hacia abajo</p> <p>Para finalizar, rodar suavemente al niño sobre su costado hasta quedar boca abajo</p> <p>Peinar: deslizar la punta de los dedos desde la cabeza hacia la cadera, de arriba hacia abajo, simulando que se peina la espalda</p> |
|--|---|--|



UNAM



**ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

**"ESTIMULACION
PARA EL SOSTEN DEL
CUELLO"**

2da. parte

Triptico#3

Nombre del paciente:

Uriel Gabriel

Alvarez Ortiz

Aplicado: lactante de 4
meses



Presenta:
LEO Cintya Marlen
Mejia Santana

Mexico, D.F., 28-
noviembre del 2011
EJERCICIOS VISUALES

Proyecta siluetas en una
habitación oscura.

Acerca objetos hacia la
raíz de la nariz y procurar
que el niño no le pierda
la vista al objeto.

Posteriormente, para
mejorar la movilidad
ocular, hacer seguir los
objetos en
desplazamiento horizontal
y vertical, así como
dibujar en el aire círculos
y diagonales.

**EJERCICIOS DE
SENSIBILIDAD TACTIL**

Se perfecciona la
sensibilidad de la piel.
Se pueden utilizar
cepillado, pellizcos,
paños fríos y calientes.

**MOVILIZACION ACTIVA
ASISTIDA**

Tomar cada dedo de la
mano y manejarlo de
arriba-abajo, izquierda-
derecha, finalizando con
movimientos
circulatorios .



Utilizar un masajeador
de 2 ruedas y masajear
en espalda con

movimientos verticales,
pasarlos por la palma de
las manos y por la planta
de los pies.



CEPILLADO RAPIDO

Se utiliza un cepillo de
cerdas suaves (de
camello), facilita una
respuesta tónica, se
realiza en un solo
sentido durante 5seg. Y
de 3 a cinco veces.



**ESTIRAMIENTO
LIGERO Y RAPIDO**

Se lleva a cabo
flexionando ambos pies
cinco veces y
posteriormente alterna
uno a uno por cinco
veces. Esto produce un
estiramiento y relajación
de los músculos flexores
o abductores. Sobre una
superficie de textura
suave.



TRAZADO LENTO

Se utiliza para relajar al niño y estimular sus áreas sensitivas. Se efectúa frotando alternadamente con las yemas de los dedos a lo largo de la musculatura vertebral durante 3 a 5 min.



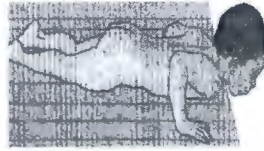
Después de haber llevado a cabo las técnicas de relajación se retoma la importancia de los ejercicios proporcionados para aumentar la tonicidad del cuello.

Reflejo tónico del cuello
Relaja músculos de espalda y cuello



Cocontracción del cuello

Para desarrollar el control de cabeza y cuello y estimular la reacción de enderezamiento en contra de la gravedad



Relajación sobre la pelota
Pelota #22 con ambos brazos al frente
Colocar una mano sobre la pelvis y mover la pelota hacia adelante y hacia atrás rítmicamente tratando que el niño se amolde a la pelota



Posterior a este ejercicio sentar al niño sobre la pelota #22 controlandolo por cintura y cadera, con la finalidad de que estos ejercicios facilitan las reacciones de equilibrio.



Al finalizar los ejercicios, dejarlo descansar sobre el pecho de la madre, manteniendo un contacto visual, auditiva, laberíntica y cervical.



Entre cada siesta ponerle una música suave y relajante como música clásica o sonidos de olas de mar o de naturaleza. Esto estimula a su sistema nervioso así como a las neuronas a que haya una adecuada sinapsis preparándolo para el aprendizaje del futuro escolar. favorece su desarrollo afectivo, cognitivo, sensorial, motor y social.





UNAM

**ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

**"ESTIMULACION
PARA EL SOSTEN DEL
CUELLO"**
Triptico #4

Nombre del paciente:

Uriel Gabriel

Aplicado: lactante de 4
meses



Presenta:
LEO Cintya Marlen
Mejia Santana

Hacer flexiones de articulaciones en tobillos arriba-abajo y luego movimientos circulatorios. Luego flexiones de rodillas al igual que en tobillos.

Masaje desde el pie a la ingle

En la muñeca, codo y hombros se trabaja las articulaciones de flexión y extensión siendo movimientos rítmicos arriba-abajo, movimientos circulatorios.

Ponlo boca abajo mostrándole un objeto esto lo estimulara para el gateo

Ya que esta de espalda en toda la columna darle pequeños pellizconcitos no muy fuertes empezando de arriba hasta llegar a la parte baja de la espalda



Colócalo boca arriba y Llama su atención de un lado para que se gire. Ya que esta boca arriba toma sus manos sosteniéndolo dale tu pulgar que él lo agarre y resto de tu mano lo toma

impúlsalo hacia a ti con la finalidad del sostén cefálico y tonicidad de los músculos, coloca debajo de tu cabeza una almohada para que no se golpee

Siéntalo en tu rodilla sin lastimarlo haciendo pequeños golpeteos o como en caballito

Posteriormente siéntate dobla tus piernas y sienta en medio de ellas al bebe pegándotelo al pecho, balancéate con él, con función del equilibrio.

Trabaja con la pelota de la misma manera que se ha trabajado movimientos firmes de adelante-atrás y giratorios posteriormente siéntalo y has pequeños golpeteos



Estimula su visión con colores llamativos, juega colocándolo frente a un espejo el cual responderá con una gran sonrisa