



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

“PROCESO ENFERMERO APLICADO A UN LACTANTE
CON DEFICIT PSICOMOTOR”

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTA:
HERIBERTO GARCIA GAYTAN

ASESOR:
C.M.C. ROBERTO MARTINEZ ARENAS

Morelia. Michoacán a Septiembre del 2006



DIRECTIVOS

DIRECTORA:

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

SECRETARIA ACADEMICA:

L.E.D. MARIA DE JESUS RUIZ RESENDIS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA:

L.E. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

INTEGRANTES DEL JURADO

PRESIDENTE

CMC. ROBERTO MARTINEZ ARENAS

VOCAL 1

L.E.Q. ELIZABETH FLORES DAMIAN

VOCAL 2

LIC. MARIA ISABEL VALENZUELA VILLEGAS

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios nuestro señor por darme la oportunidad de seguir viviendo y hacer posible una de mis metas, por estar siempre a mi lado en los momentos de tropiezo y en los momentos de alegría a cada hora y a cada minuto de mi vida.

Gracias a mi madre Delia Gaytan Trillo y a mis hermanos Omar García Gaytan Edgar García Gaytan por haberme apoyado en todo el lapso de mi vida. Agradezco su sacrificio, sus consejos, su amor incondicional por todo eso mil gracias.

Gracias a mi abuelita María del Carmen, a mi tía Rosalina y a mi prima María del Carme por darme ánimos en todo momento y no dejarme desistir.

A mis maestros de quienes he recibido los conocimientos y a ser cada día una mejor persona. A mi novia Anel que ha estado conmigo en momentos difíciles y alegres de mi vida, mis amigos y personas que me han ayudado en algún momento de mi vida haciendo mejor mí caminar por esta vida.

INDICE

I.-INTRODUCCION.....	1
II.-JUSTIFICACION.....	2
III.-OBJETIVOS.....	3
IV.-METODOLOGIA.....	4
V.- MARCO TEORICO.....	5
5.1Proceso Enfermero.....	5
5.1.1. Antecedentes.....	11
5.1.2.-Definición: Proceso de Enfermería.....	12
5.1.3.- Características del proceso de Enfermería.....	12
5.1.4.- Valoración.....	7
5.1.5.- Diagnostico.....	9
5.1.6.- Plantación o plan de intervención.....	10
5.1.7.- Ejecución.....	12
5.1.8.- Evaluación.....	13
5.2.- FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON.....	14
5.2.1.- Antecedentes personales.....	14
5.2.2.- Conceptos de metaparadigma.....	14
5.2.3.- Valores que fundamentan el modelo de Henderson.....	16
5.2.4.- Identificación de 3 modelos de función de Enfermería.....	16
5.3.- ESTIMULACION TEMPRANA.....	19
5.3.1.- Características del S.N.C.....	19
5.3.2.- Clasificación del S.N.C.....	20
5.3.3.- Estimulación para niños de 0 a 36 meses.....	23
VI.- DESARROLLO DE METODOLOGIA.....	25

6.1 Caso clínico.....	25
VII.- VALORACION GENERAL.....	26
7.1.- Valoración por necesidades.....	26
VIII.- SUGERENCIAS.....	36
IX.- CONCLUSIONES.....	37
X.- BIBLIOGRAFIA.....	38
XI.- GLOSARIO DE TERMINACION.....	39
XII.- ANEXOS.....	40

I. INTRODUCCION

El presente trabajo, presenta un proceso de enfermería, que es el método a través del cual se aplica una base teórica al ejercicio profesional, es decir, al cuidado propiamente tal, a partir de una reflexión previa que exige las capacidades cognitivas, técnicas y de relaciones interpersonales de la enfermera. Este planteamiento suministra un método sistemático para el cuidado.

El proceso de enfermería (PE) es una herramienta fundamental en la practica asistencial de enfermería, hoy día, en que todas las disciplinas del saber humano han progresado satisfactoriamente la rama de enfermería no se ha quedado atrás; el proceso enfermero fue introducido por Lydia Hall en 1955, y ha ido evolucionando hasta constituirse por 5 etapas básicas y ser estandarizado por la (ANA) American Nurse Asosiation. El proceso ha dado a la profesión de enfermería un realce y un enfoque distinto, su aplicación ha exigido cambios sustanciales en la practica profesional de la enfermería, favoreciendo su desarrollo como disciplina; cada día adquiere mayor relevancia en la formación de las(os) enfermeras(os).

Sin embargo para que se lleve a cabo todo este cambio significativo, es de vital importancia su conocimiento y su aplicación, sobre todo en las respuestas humanas de la sociedad demandante, las cuales varían enormemente en cada uno de los grupos sociales. Así un grupo muy particular es aquel cuyas características requieren de cuidados especiales y dirigidos, en este caso no referimos a los niños menores de 3 años, cuyas situaciones son mas susceptibles y vulnerables, ya que requieren de un cuidado casi dependiente, para alcanzar un desarrollo satisfactorio.

En el presente trabajo se aborda la metodología del proceso enfermero (PE), a partir de la aplicación practica de la valoración de un paciente mediante el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Es un caso de estimulación temprana en un niño de 2 años, asumiendo la atención de forma integral completando las cinco funciones del ser humano.

II. JUSTIFICACION

El periodo de crecimiento acelerado del cerebro (desde el desarrollo prenatal hasta los cinco años de vida). Si bien la lesión es no progresiva, las manifestaciones clínicas pueden variar con el tiempo. Constituye en la actualidad la principal causa de discapacidad física en la infancia, y pese a los avances en el cuidado de la embarazada y la medicina perinatal, es un problema de salud que mantiene una incidencia estable en las últimas décadas.

La parálisis cerebral infantil moderada a grave afecta a 1.5-2.5 por 1000 recién nacidos vivos en el mundo.

Un 5% de la población infantil mexicana precisara atención temprana, esto significa que hay 2 millones de padres con niños de 0 a 6 años que tienen una discapacidad de desarrollo y que deben de ser atendidos para desarrollar al máximo sus capacidades y lograr una vida más autónoma e integrada.

El empleo del proceso enfermero nos permite determinar el estado de salud de un cliente, es un enfoque sistemático y completo para el cuidado del enfermo. Para los profesionales de enfermería es necesario formar una cultura del proceso para adquirir experiencia y así realizar la practica intuitivamente sobre la base de un profundo conocimiento que se aplique a la actividad diaria.

Una de las características que definen la practica independiente de la enfermera es la capacidad que tiene para realizar un análisis de las situaciones que atiende; la síntesis de este análisis origina el diagnostico de enfermería. La actuación de la enfermera en la consulta de enfermería se realiza mediante programas protocolizados, sin embargo no debemos olvidar que la enfermera trata necesidades humanas individuales, que en si son las que definen los diagnósticos de enfermería.

La estimulación temprana es un método que ayuda al buen funcionamiento de la persona, hoy en día es mas frecuente en México y otros países.

III. OBJETIVOS

General.

Aplicar la metodología de en enfermería en un caso de rehabilitación pediátrico, con el propósito fundamental de identificar las respuestas humanas.

En este sentido la estimulación temprana en enfermería puede ser considerada como un “sistema de apoyo-educativo” ya que es posible tener una recuperación satisfactoria atendiéndole sin que sufra lesiones o que sea lastimado.

Con esto se pretende que la enfermera(o) aprenda a dar los cuidados necesarios en niños de 0 a 36 meses con problemas del S.N.C.

Específico

- Identificar las necesidades de aprendizaje en las diferentes etapas del proceso.
- Identificar el problema, planear y evaluar el modo de atención en proceso de enfermería la rehabilitación física.
- Exponer los problemas detectados por el personal de enfermería en la ficha individual (tarjetón de indicaciones), a través de la metodología de enfermería.
- Desarrollar una intervención basada en las dificultades encontradas y mostrar los resultados antes y después de la terapia.

IV. METODOLOGIA

Se aplico la metodología de Enfermería en sus cinco pasos (valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación) sobre la base del modelo conceptual de Virginia Henderson.

La metodología usada en el presente trabajo se basa en el proceso enfermero, propuesto por la NANDA, con una guía de valoración que utilizo como marco de referencia a la filosofía de Virginia Henderson y sus 14 necesidades.

La aplicación del proceso enfermero, se llevo acabo en la clínica particular XIMAK, la cual ofrece servicio de Rehabilitación de Morelia, Michoacán, posterior a esto la planeación conjunta con el paciente y la evaluación se lleva acabo en las mismas circunstancias, en posteriores sesiones

Lo primero que se llevo acabo fue la identificación del paciente contando con la autorización verbal de los padres como de la directora de la clínica.

Se realizaron 48 sesiones que tienen una duración de 1 hora 30 minutos diarios durante 2 meses.

Para llevar acabo el proceso enfermera(o) el paciente presento incomodidad por realizar las actividades mediante llanto o estar inquieto.

Una vez identificado, se procedió a la valoración, como primera etapa, posteriormente, las subsecuentes, como son la redacción de Diagnósticos, Planeación, Ejecución y Evaluación, conformando así la metodología de enfermería.

V. MARCO TEORICO

El marco teórico se constituyo, por 3 apartados, principales

5.1 PROCESO- ENFERMERO, el cual destaca las características principales y cada una de sus etapas.

5.2 FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON, las principales características

5.3 CARACTERISTICAS DE DESARROLLO DEL NIÑO, principalmente

5.1.1 Antecedentes

Este ha evolucionado hacia un proceso de 5 fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión, Lydia Hall en (1955) lo describió como un proceso distinto, Jonson (1959), Orlando (1961) y Weidenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso.

En 1976 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de 4 fases; valoración, planificación, ejecución y evaluación.

A mediados de la década de los 70's, Blach (1974), Roy (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de 5 fases o etapas. (1)

Para la asociación Americana de Enfermería (ANA) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras(os) y en su aplicación durante la práctica, sin embargo todavía nos falta un camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido por muchas compañeras (os) aun en nuestros días. (2)

5.1.2 Definición: Proceso de Enfermería.

El proceso de enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

5.1.3 Características del proceso de Enfermería

Es un **método**, porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o) que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Es **humanista** por considerar al hombre como ser holístico que es más, que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es **intencionado** por que se encuentra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Y es **interactivo** por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

Etapas del proceso

El proceso de enfermería consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a otra, dichas etapas son:

- I. VALORACION
- II. DIAGNOSTICO

- III. PLANEACION
- IV. EJECUCION
- V. EVALUACION

La enfermera(o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad, para lograr una nueva calidad de vida satisfactoria o elevada.

Las competencias del área del saber, se refiere al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológicos, psicológicos, sociológicos, antropológico, filosófico)

Son competencias del área del saber, hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico: es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos en relación con lo que hacemos u opinamos. En la aplicación del proceso enfermero se requieren de este tipo de competencias, por tal razón se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico.

También se requieren competencias en el área del saber y convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario; en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para ejercicio de la profesión. (1)

5.1.4 Valoración.

Es la primera etapa del proceso, nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

La valoración que realiza la enfermera(o) del usuario tiene que ser total e integradora por lo que se debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero, para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las 14 necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jonson, los requisitos de autocuidado de Orem, etc., o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los de respuesta humana. Así mismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos existentes para conservar y recuperar la salud.

Pasos de la Valoración

1.- Recolección de la información.

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta. Se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia, los amigos y otros profesionales de la salud son fuentes directas secundarias, por que aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

2.- Validación de la información.

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser valida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos, la validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centra la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar problemas, es necesario revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera(o) que recolecte aquellos datos en los que no se este seguro, compara datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario a la familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

3.- Registro de la información.

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. (1)

5.1.5 Diagnostico.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes.

Para realiza esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

1.- Razonamiento diagnostico.

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera(o) durante razonamiento diagnostico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en juicio clínico.

2.- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnostico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas

interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la NANDA y la estructura que debe tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

3.- Identificarlos.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera(o) identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado.

4.- Redactarlos

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA. Previamente identificado. Es forma por tres partes: Problemas, factores relacionados, datos subjetivos y objetivos (manifestaciones). (1)

Tipos de DX:

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables (refleja las necesidades actuales de cliente).
- **Alto riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar (problemas con una probabilidad alta de que se produzcan).
- **Posibles:** se describe como problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales (refleja necesidades o problemas que pueden plantearse y deben preverse, pero que se pueden confirmar o no). La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).(3)

5.1.6 Plantación o plan de intervención.

Es la tercera etapa del proceso, que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y que consisten en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Pasos para realizar la planeación.

1.- Establecer prioridades.

Posterior a la evaluación y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque presentan una amenaza para la vida del usuario.

2.- Elaborar objetivos.

Los objetivos son una parte importante dentro de la etapa de plantación ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado, al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados.

Los objetivos en un plan de cuidados deben reunir las siguientes características: Resultar del diagnóstico, centrarse en dar solución, estar dirigidos al usuario, familia o comunidad. (2)

3.- Determinar acciones de enfermería.

Se deben determinar las acciones a modo que nos lleven a lograr los objetivos, por medio de acciones de enfermería y cuestionarse cuál es el problema, los factores realizados, valorar, determinar las acciones y hacer anotaciones.

4.- Documentar el plan de cuidados.

La documentación del plan de cuidados es el registro que la enfermera(o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial,

que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. (1)

5.1.7 Ejecución.

Es la cuarta etapa del proceso que comienza una vez que sean elaborado los planes de cuidados y esta enfocado al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Pasos de ejecución.

1.- Preparación.

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la salud, analizar si las actividades planteadas son las correctas, reunir el material y equipo necesario para cada intervención, crear un ambiente confortable y seguro para el usuario.

2.- Intervención.

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse acabo las intervenciones de enfermería independiente e interdependiente planeas, que incluyen: la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

En cada intervención de enfermería, somos responsables de los resultados emocionales como físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta del usuario y familia.

3.- Documentación.

Es el registro que realiza la enfermera(o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de salud; sin embargo estos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados obtenidos, nombre y firma de la enfermera (o), las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas. (1)

5.1.8 Evaluación.

Es la última etapa del proceso y la vez una exigencia en toda practica de enfermería; la evaluación, como parte del proceso es continua por lo que esta presente en la valoración, diagnostico, planificación y ejecución.

La evaluación en el proceso es útil para determinar el logro de los objetivos; identificar variables que afectan decidir si hay que mantener el plan, modificando o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia o comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continúa ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia. (1)

5.2 FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

5.2.1 Antecedentes personales.

Virginia Henderson, la 5ª hija de una familia de 8 hermanas, nació en 1897. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson estudio en Virginia, ya que su padre ejercía abogacía en Washington D.C. durante la primera guerra mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería.

En 1918, ingreso en la Army School of Nursing de Washington y se graduó en 1921. Después, acepto un puesto de enfermera en el Henry Street Nurse Service de New Cork. En 1922, ella empezó a dar clases de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, 5 años después, entro en el Teachers Collage de la Universidad de Columbia, donde se licencio como profesora de enfermería y donde posterior mente realizo un Master.

En 1929 trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester Nueva Cork, regreso al Teachers Collage como profesora en 1930 y trabajo ahí impartiendo cursos sobre el proceso-enfermero analítico y la practica clínica hasta 1948.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora escribió varias obras importantes y murió en Marzo de 1996 a la edad de 98 años.

Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermeras en todo el mundo.(4)

5.2.2 Conceptos de Metaparadigma

Enfermería: Henderson la define como la ayuda principal de individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación o a una muerte tranquila, y que esta podía realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad y el conocimiento necesario. Asimismo, es preciso

realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

Persona: consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayudar para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila; la mente y el cuerpo inseparables de igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

Salud: la define o consideraba que esta dependía de la capacidad de la persona para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas (sin ayuda de alguien).

Henderson afirmaba: que es más importante la calidad de salud que la vida en si misma, ese margen de energía mental-física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: de nuevo Henderson no dio su propia definición, utilizo la definición de Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que definía el entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en dicha capacidad.(4)

Virginia Henderson destacó la importancia que tiene la satisfacción de determinadas necesidades vitales, la organización conceptual que lo caracteriza nos conduce igualmente a la definición de cliente, el rol de cuidador y el objeto de los cuidados de enfermera.

Esta concepción nos ofrece una visión clara de los cuidados o atenciones de enfermería. El individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales, que debe satisfacer.

- La finalidad de los cuidados, tal como se deduce de esta concepción, consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades, el rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia supliéndole en aquello

que no pueda realizar por si mismo para responder a sus necesidades su rol por tanto, es de suplencia.

Postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson

- Todo ser **humano** tiende hacia la independencia y la desea.
- El **individuo** forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el **individuo** no esta completo, entero e independiente.

5.2.3 Valores que fundamentan el modelo de Henderson:

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del medico, cede a su vez las funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede presentar.
- El profesional de enfermería requiere trabajar de forma independiente con otros miembros del equipo de salud.

5.2.4 Identificación de 3 modelos de función de Enfermería

- Sustituta: compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante: Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.(5)

Las funciones mas comúnmente desarrolladas por la enfermera(o) son las dos primeras, con frecuencia se observa que la enfermera realiza muchas de las funciones que resuelven necesidades básicas del paciente, tales como el aseo personal, el baño e incluso se da el caso en que los brazos de un(a) enfermero(a) sustituyen las miembros del paciente y lo trasladan de un lugar a otro, o le acercan la comida a la boca, acciones que el paciente no puede hacer por si mismo en deterioro de su salud. Henderson expresa preocupación cuando un paciente regresa al medio que originalmente lo condujo a la hospitalización e introduce conceptos acerca de la continuidad del cuidado, ya todos los seres humanos tienen necesidades comunes entre si que, sin embargo, se satisfacen mediante sistemas de vida tan variados que puede afirmarse que no hay dos iguales, de tal manera que una enfermedad competente debe ajustar su plan de acción a cada paciente en particular atendiendo a su entorno específico.

La mayor parte de la filosofía de Virginia Henderson esta basada, como lo define en su libro "The Nature of Nursing", en ciencias como la psicología, la medicina y la física, también en la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

El marco conceptual de Henderson, se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales, son necesidades fundamentales, son necesidades vitales, esenciales que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Henderson define 14 necesidades básicas humanas del paciente, que integran los elementos del cuidado enfermero; que son los siguientes:

- 1.- Respirar normalmente
- 2.- Alimentarse e hidratarse adecuadamente.
- 3.- Eliminar por todas las vías corporales.
- 4.- Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada)
- 5.- Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable)
- 6.- Vestirse y desnudarse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal en los límites normales.

- 8.- Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
- 9.- Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental)
- 10.-Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
- 11.-Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
- 12.-Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima)
- 13.-Recrearse.
- 14.- Aprender.

Cada una de estas necesidades esta relacionada con las distintas dimensiones del ser **humano**. En cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual. La enfermera que desee prestar cuidados personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones. (6)

5.3 ESTIMULACION TEMPRANA.

Definición: La estimulación temprana se logra a través de la presencia de personas y objetos, en cantidad y oportunidad adecuada, que generen en el interés y actividad, condición necesaria para lograr una dinámica con su medio **ambiente** un aprendizaje efectivo. Busca alcanzar al máximo desarrollo integral, o sea, que logre lo mejor de sus capacidades mentales, emocionales, sociales y físicas. Se trata de apoyar el desarrollo de su inteligencia, de su motrosidad y de su **personalidad**. (7)

5.3.1 Características del SNC

Alrededor de las 5 semanas y como consecuencia de la división rápida de las células progenitoras, aparecen tres vesículas que posteriormente formaran los tres principales componentes del encéfalo: prosencefalo (cerebro anterior), mesencefalo (cerebro medio) y rombencefalo (cerebro posterior). En este momento se inicia la neurogenesis o formación de neuronas no diferenciadas en la medula y el tallo cerebral y más tarde en el resto del cerebro.

Alrededor de las 7 semanas, el prosencefalo da lugar al telencefalo y al diencefalo, el primero da lugar a la corteza cerebral, algunos ganglios básiases, al hipocampo y a la amígdala; el segundo da lugar al tálamo, el subtálamo e hipotálamo. El romcefalo o cerebro posterior dará lugar al metencefalo y al mielencefalo, los que a su vez más tarde formaran el cerebelo y el puente de Varolio (metencefalo), y el bulbo raquídeo (mielencefalo).

A las 8 semanas, algunas neuronas inician lentamente su diferenciación y la formación de redes neuronales simples.

De las 10 semanas a las 16 semanas, se inicia primero la formación rápida y simultanea de las células progenitoras y luego de neuronas no diferenciadas.

Entre las 17 a 19 semanas, disminuyen en forma significativa la formación acelerada de las neuronas inmaduras del telencefalo, y esta termina pocas

semanas antes del nacimiento. Alrededor de este tiempo, la corteza tiene aproximadamente 14000 millones de neuronas, que es la población aproximada que tiene en la edad adulta. (8)

A las 20 semanas, en algunas regiones del cerebro se inicia lentamente el aumento de volumen y la formación de prolongaciones nerviosas de algunas neuronas. Tanto en la medula espinal como en el tallo cerebral, se inicia la formación de vainas de mielina de los axones, lo que es un requisito para poder transmitir y recibir información en forma rápida, eficiente y estable. Dos semanas más tarde se inicia la mielinización de los nervios craneales óptico y **trigémino**; en este tiempo, el feto comienza a detectar estímulos acústicos y luminosos intensos.

A las 26 semanas, el feto ya tiene la capacidad de realizar la mayoría de sus funciones vitales

A las 30 semanas, se inicia la mielinización de los axones que van de la médula espinal y tallo cerebral hacia el cerebro. La mielinización es un proceso progresivo en tiempo y espacio, que se inicia en la medula espinal y termina en la corteza.

A las 37 semanas, el feto está preparado para nacer.

5.3.2 Clasificación del SNC

En el SNC existen principalmente cuatro tipos de células son: astrositos, neuronas, oligodendrocitos y microglia. Las neuronas son las células encargadas de recibir y transmitir información del medio externo y del medio interno del organismo al SNC.

El desarrollo cerebral puede ser dividido en cuatro periodos principales, algunos de los cuales se superponen temporalmente.

Primer periodo: multiplicación neuronal, se ubica entre las semanas 10 y 25 de la gestación.

Segundo periodo: generación de células gliales, ocurre entre la semana 28 del embarazo y fines del primer año de vida.

Tercer periodo: Diferenciación neuronal, se inicia aproximadamente al mismo tiempo en que comienza la formación de células gliales y finaliza a principios del cuarto año de vida. Hecho decisivo para la posterior capacidad de rendimiento cerebral.

Cuarto periodo: mielinización, se inicia con el nacimiento y se mantiene con intensidad hasta el sexto año de vida, para extinguirse aproximadamente a la edad de 15 años.

La **mielinización** es el periodo de maduración más importante, durante el cual los primeros movimientos, que son totalmente involuntarios, van desapareciendo para dar paso a una actividad cortical-voluntaria-cada vez más dominante.

El desarrollo **del niño** refleja la mielinización progresiva de las vías nerviosas, así como el crecimiento de las dendritas y la proliferación y expansión de las terminales axonales, que constituirán las múltiples conexiones complejas del cerebro humano.

El desarrollo **neuromotor** del recién nacido hasta la edad adulta depende de la maduración del Sistema Nervioso Central, construido principalmente por corteza, los núcleos basales, el cerebelo, el tallo cerebral y la medula espinal, donde las neuronas asumen sus posiciones y están presentes desde el nacimiento. (8)

Durante el primer año de vida cursan simultáneamente 3 de las 4 fases principales del desarrollo cerebral. Este desarrollo es cuantitativamente acelerado, ya que entre el nacimiento y el final del primer año de vida, la masa encefálica aumenta 50%, así como también la formación de posibles contactos dependientes de estímulos del medio ambiente.

Es de vital importancia para la calidad del desarrollo cerebral, la existencia de estímulos promotores del **desarrollo** durante los tres primeros años de vida.

Los tres niveles de integración mas importantes son: El nivel medular, el nivel encefálico bajo y el nivel encefálico alto o cortical.

Nivel medular: las señales sensoriales son transmitidas por los nervios espinales penetrando en cada segmento de la medula espinal, pudiendo causar respuestas motoras localizadas. Todas las respuestas son automáticas, esenciales y prácticamente instantáneas; a estas se les llama reflejos.

Nivel encefálico bajo: es el encargado de controlar las funciones subconscientes y coordinadas del cuerpo, así como también muchos de los propios procesos vitales.

Nivel encefálico alto o cortical: es el sitio de integración y coordinación de los procesos motores.

Los sensores de receptores posturales y cenestésicos sirven al desarrollo estático y la capacidad motora. En posición erecta, la cabeza, el cuerpo y las extremidades, en relación con la gravedad, están sujetas a constantes correcciones.

La **maduración del sistema nervioso central** es fundamental para nuestra conducta motora y permite que el ser humano confronte a su medio ambiente.

La **evolución motora** se realiza directamente con los procesos psíquicos y cognoscitivos. Estos casi siempre se exteriorizan sin comportamiento motor, y depende siempre de los estímulos percibidos del medio ambiente y de los órganos sensoriales.

El tono postural normal, los patrones de postura y movimiento, así como la integración de fuerzas musculares opuestas mediante la inversión recíproca, que resultan de la contracción simultánea, son factores esenciales del desarrollo motor del niño en la formación del mecanismo **reflejo de las reacciones posturales**.

El mecanismo del **reflejo postural** está constituido por dos grupos de reacciones automáticas: reacciones de enderezamiento y reacciones de equilibrio.

Las reacciones de enderezamiento son respuestas automáticas pero activas, que mantienen la posición normal de la cabeza en el espacio y la alineación normal de la cabeza y el cuello con el tronco, y del tronco con las extremidades.

Las reacciones de equilibrio son fluctuaciones automáticas e inconscientes en contra de movimientos visibles.

Por medio de las experiencias adquiridas el niño toma conciencia de su cuerpo poco a poco, e integra la imagen corporal de si mismo. Una buena integración del esquema corporal implica la buena **percepción global de todo el cuerpo**, de sus elementos, de su funcionalidad y utilización. Esto da como resultado la capacidad de controlar, dirigir e inhibir voluntariamente los movimientos corporales para su adecuada utilización y para la adaptación de actividades que requieran coordinación motora gruesa, fina y literalidad.

Coordinación motora gruesa: se refiere a la utilización de grandes segmentos corporales en forma coordinada, ya sea para movimientos simples o complejos, facilitando la adaptación de actividades de la vida diaria.

Coordinación motora fina: la capacidad que tiene el niño para utilizar pequeños segmentos corporales en la realización de actividades que requieren de precisión, presión y destreza de movimientos finos y delicados.

Lateralidad: diferenciación que facilita la preferencia natural para disociar progresivamente cada lado.

La **inmadurez del sistema nervioso central**, que afecta el área psicomotriz en forma predominante, limita las experiencias de movimiento y postura, así como el área cognoscitiva y de lenguaje.

El **retraso psicomotor**, como su nombre lo indica, es la adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o por falta de madurez del sistema nervioso central, que condiciona alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas.

5.3.3 Estimulación para niños de 0-36 Meses

Abarcan las **edades madurativas de 0 a 36 meses**. Comprenden las áreas de auto asistencia, conocimiento, lenguaje, conductas personal/social, motricidad gruesa y motricidad fina. Resulta esencial conocer los efectos de la estimulación de las diversas actividades que se realizan durante los programas de intervención temprana (Tabla 1). (9)

Tabla 1. Preparación para el inicio de actividades

Presión profunda

- calma al niño
- ayuda a la respuesta
- disminuye el hipertono

Golpeteo

- activa los grupos musculares
- organiza el movimiento

Estimulación vestibular

- alerta al niño
- calma al niño

Organización de la conducta visual

- incrementa el punto visual
- incrementa la atención

Movilización articular y descargas de peso

- incrementa el rango de movimiento
- mejora la co-contracción articular
- mejora la estabilidad articular
- activa o inhibe el entorno muscular
- favorece la integración del esquema corporal

VI.-DESARROLLO DE METODOLOGIA

6.1- RESUMEN CASO CLINICO

Masculino de 2 años 8 meses de edad acude a rehabilitación en la clínica XIMAK particular del turno vespertino.

Acude a rehabilitación dentro de la clínica XIMAK particular. Hijo de madre sana y padre sano, no le han realizado intervenciones quirúrgicas hasta la fecha, ha recibido su esquema de vacunación completo. Cuenta con todos los servicios agua, luz, drenaje; Su hogar cuenta con baño, cocina y tres recamaras.

A la exploración física se encuentra con una frecuencia cardiaca de 102x' respiración 45x' T/A 100/65

Tem. Corporal 36.7 °c peso 9kg. Talla 81cm.

Se encuentra con alteraciones en el desarrollo y deficiente control de cuello, así como características de la edad no propios y fisionomía que condujeron al estudio en el cual esta actualmente el paciente, sin embargo a la madre le preocupa la edad que no se relaciona con la actividad física.

Se encuentra con buena relación con el medio, buen seguimiento visual y auditivo con presencia de pulgares sin liberar, con alteraciones en el enderezamiento, con bajo tono muscular así, como con déficit en sostén cefálico y de tronco deficiente y sin defensas hacia delante.

Lo bañan una vez al día, duerme en la habitación con los padres en una cuna.

Come por lo regular cada 4 horas y duerme regularmente bien por las noches aproximadamente 10 horas.

VII. VALORACION GENERAL

José Alberto Celis Salgado de 2 años 8 meses de edad, actualmente vive con sus padres en Morelia Michoacán.

Antecedentes familiares:

Padre, Madre y Hermana sin alteraciones orgánicas aparentemente sanos, sin patología aparente.

Antecedentes personales:

Sin antecedentes de cirugía en cabeza, no presenta alergias a ningún tipo de medicamento tiene todas las vacunas o esquema completo de vacunación hasta ahora.

Problema actual:

Acude a rehabilitación desde su nacimiento, para su mejoramiento de control del cuerpo.

Exploración física:

Aspecto general aceptable, su función motora va evolucionando.

F.C: 102 x' Tem: 36.7 °c F.R:45x' T/A: 100/65

Peso: 9kg Talla: 81cm

7.1 VALORACION POR NECESIDADES

Necesidad	Signo y síntomas	Diagnostico de enfermería
oxigenación	Respiración tiene un ritmo y amplitud normal F.R:45X' T/A:100/65mmHg F.C:102X' PULSO RITMICO	
Nutrición e Hidratación	Peso 9Kg. peso ideal para su edad 13Kg. Talla: 81cm generalmente cada 3 hrs. Toma leche o papillas aprox. 800ml. Al día. No presenta dificultad de deglución.	Riesgo de la nutrición relacionado con el bajo peso
Eliminación	Su hábito intestinal es adecuado. Heces de aspecto y consistencia normal. Su frecuencia urinaria es de 4-5 veces al día. No presenta inconsistencia fecal ni urinaria, ni ningún otro problema relacionado sudoración cutánea normal.	
Mantener una buena postura	Tiene autonomía parcial para moverse, ya que se le ayuda a caminar, a gatear a mantener el tronco en forma vertical.	Déficit de la postura corporal en relación con el desarrollo del S.N.C. manifestado por ausencia para gatear y mantener una buena postura vertical.

Descanso y sueño	Suele dormir 10 hrs. Y duerme una siesta por las tardes cada tercer día de 30 minutos.	
Vestirse adecuadamente	Presenta dependencia parcial para vestirse.	
Termo regulación	Temperatura corporal y sudoración cutánea son normales. Tem. 36.7 °C	
Higiene y protección de la piel	El aspecto de su piel es bueno, con coloración e hidratación adecuada. Lo bañan diario y le cepillan sus dientes tres veces al día.	
Evitar peligros	Reconoce a personas significativos de su entorno	
Comunicarse y sexualidad	Es capaz de establecer comunicación, a través de expresiones corporales vive con sus padres mantiene relación con personas de su entorno familiares y amigos de sus papas	
Vivir según sus creencias y valores	Se define como católico ya que sus padres profesan esta religión	

Trabajar y realizarse	No lo realiza por su corta edad	
Jugar y participar en actividades recreativas	Su diversión es los juguetes, cualquier objeto físico y jugar con los padres, familiares y amigos de los padres.	
Aprendizaje	Demuestra interés ante todo tipo de información especialmente en lo referente a los ejercicios desconoce los nuevos ejercicios que se implementan en su rutina	Ansiedad relacionado con conocimiento insuficiente a ejercicios y/o actividades nuevas manifestado por inquietud y llanto

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 1

Riesgo de la nutrición: relacionado con bajo peso.

OBJETIVO

El paciente llevara una dieta balanceada, logrando con esto proporcionar las necesidades propias de su estado, sin perder nutrientes fundamentales.

PLANEACION

1.- Confeccionar una dieta adecuada de acuerdo a los requerimientos de su edad, adaptándola a la medida posible, horarios, hábitos y recursos de la persona, es necesario controlar el bajo peso y no perder nutrientes fundamentales.

2.- El aumento energético de la dieta en nutrientes de forma que mantenga siempre el equilibrio.

3.- Registrar el peso en las siguientes consultas un registro adecuado del peso nos permita evaluar el logro de objetivos.

EJECUCION

1.- Se elaboro una dieta para lactante con los principales nutrientes. En base a los siguientes nutrimentos que requiere el niño en esta edad: Calorías, Proteínas, calcio, hierro, vitamina A, tiamina, riboflavina, niacina, ácido ascórbico. El preescolar debe comer los siguientes alimentos donde se encuentran los requerimientos nutrimentales para su desarrollo son: leche, carne, vegetales verdes y amarillos, frutas, leguminosas, cereales, pan o tortillas, raíces, tubérculos, o plátano.

Se entiende por edad preescolar la comprendida desde el primero hasta los 6 años de vida del niño. En esta etapa, el ritmo de crecimiento y maduración es intenso, razón por la cual los requerimientos nutricionales son altos.

2.- Realizara 5 comidas al día de la dieta que le realizamos.

3.- En la consulta de seguimiento de la rehabilitación se registro el peso.

EVALUACION

Se logro el objetivo ya que el lactante lleva acabo la dieta, a sus horas indicadas, no come comida chatarra su peso es de 9.700kg. Aumento 700grs. De peso en un mes.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 2

Déficit de la postura corporal en relación con el desarrollo del S.N.C manifestado por ausencia para gatear y mantener una buena postura vertical.

OBJETIVO

Mostrara una respuesta favorable y un mejor movimiento de su cuerpo, y la vez sostener su cuerpo a través de rutinas de ejercicios y aparatos especiales para la estimulación.

PLANEACION

- 1.- Ampliara el repertorio de conocimientos sobre las partes de su cuerpo.
Va a crear una imagen mental de sí mismo. Mediante la repetición de los ejercicios.
- 2.- Mejorara el movimiento de cada una de las partes de su cuerpo. Mediante ejercicios de espiral que nos ayudara a tener una mejor flexión y extensión de las extremidades.
- 3.- Distinguirá conceptos relativos a la estructura del espacio: Adentro y afuera; cerca y lejos.
Y también otros relativos a la orientación en el espacio: Arriba y abajo; derecha e izquierda.
- 4.- Aprenderá a coordinar el movimiento de cada una de las partes de su cuerpo (ajuste motor).

EJECUCION

- 1.- Se realizo un plan de ejercicios durante un periodo de un mes.
Los ejercicios son los siguientes:

Espirales de miembros torácicos y miembros pélvicos: son movimientos en forma de espiral; Liberación del pulgar: son movimientos del pulgar hacia adentro y hacia fuera; De sensibilización de la planta de los pies y las palmas de las manos; De sedestacion: Sentado con pelota y sin pelota para saber mantener el equilibrio de su mismo peso; Boca abajo con pelota: para que saque las manos hacia el frente y apertura de las manos; Rodamientos: para estar estimulando todos los músculos y comience a mover las partes de su cuerpo esto consiste en rodarlo; Fes: es un aparato de corrientes eléctricas que nos sirve para estimular los músculos y estimular el S.N.C. Se le ponen los electrodos en extensor del pulgar durante 7 minutos; Fes a extensor de muñecas duración de 5 minutos; Fes: a miembros pélvicos a cuádriceps, gemelos, extensión de los dedos glúteos y lumbares duración de 5 minutos cada uno de estos puntos.

Fes: a miembros torácicos: en región dorsal, en hombro de abd que es en la parte deltoides, en cara anterior y posterior del hombro.

2.- Se le otorgo a los padres una hoja con la rutina diaria de ejercicios para realizar los ejercicios en casa y una mejor y más rápida evolución del lactante.

EVALUACION

El objetivo se logro ya que adquiere sincronización, coordinación en sus movimientos. Afina sus habilidades motrices básicas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 3

Ansiedad relacionada con conocimiento insuficiente a ejercicios y/o actividades nuevas manifestado por llanto e inquietud.

OBJETIVO

Logrará tener confianza practicando los ejercicios tres veces al día para que se familiarice con las rutinas y las lleve a cabo con facilidad y las conozca.

PLANEACION

- 1.- Adquirirá los conocimientos necesarios a través de la rutina diaria.
- 2.- Expresará su deseo de realizar los ejercicios, a través de la tranquilidad y comodidad, visualizando la conducta al momento de realizar las terapias necesarias
- 3.- Demostrará entendimiento de la información recibida, a través del lenguaje corporal, en la disminución de tensión.
Ayudará a recordar con facilidad todos los conocimientos otorgados para la realización de la terapia.

EJECUCION

- 1.- Se recomendó a los padres que le hablen durante la terapia. Ya que es una manera de mantenerlos tranquilos, ya que les proporciona seguridad y confianza en los procedimientos realizados.
- 2.- Se le hizo la terapia repetitiva, la cual consiste en movimiento físico y terapia del lenguaje, ésta se proporciona, en una hora aproximadamente. La terapia repetitiva, además de favorecer el movimiento, estimula los músculos, creando una conducta.

EVALUACION

El objetivo se logro ya que demostró saber los ejercicios y mantenerse tranquilo y tener confianza, a través de un mejo movimiento en cuanto a su rutina.

VIII.SUGERENCIAS.

Que el proceso enfermero sea aplicado por las y los licenciados en enfermería de salud en rehabilitación para brindar los cuidados tanto clínicos como preventivos de manera oportuna.

Que el personal de enfermería mantenga una buena comunicación con los clientes para evitar mal procedimiento del método. Ya que muchas veces podría ser incompleto, por la falta de confianza.

Formular un cuestionario que nos permita realizar una valoración clínica más enfocada a las necesidades de los lactantes con capacidades diferentes con el propósito de abarcar todos los requerimientos tanto nutricionales como de atención, que puedan ayudarnos a cuidar la salud integral de los lactantes con problemas físicos.

IX. CONCLUSIONES

La aplicación del proceso enfermero en salud de rehabilitación es de suma importancia, ya que nos ayuda principalmente a prevenir y corregir complicaciones que pueden aparecer durante el desarrollo. Dicho proceso nos ayuda a actuar de manera oportuna y satisfactoria, ya que es un método completo el cual abarca todas las dimensiones con respecto a la persona como física, psicológica, cultural, espiritual y social, el cual se realiza con una secuencia ordenada y más que nada personalizada para el cliente.

Es de suma importancia el mantener una buena comunicación con nuestros pacientes desde el inicio del proceso, ya que se sienten en confianza y todas las dudas que presentan las manifiestan con mayor seguridad.

Sabemos que hoy en día, el proceso enfermero no es muy utilizado por el personal y menos en la prevención, si la mayoría de las y los enfermeros utilizáramos con mayor frecuencia nuestro método científico nos ayudaría a prevenir bastantes enfermedades principalmente las de mayor morbilidad que hay en nuestro país.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1.- RODRIGUEZ Bertha A, Proceso- enfermero Aplicación Actual.
2° Edición, Ed. Cuellar .México 2002
- 2.-HERNANDEZ, Conesa J. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Método. 1 °
Edición, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid, Esp. 1999
- 3.-Cardenito LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermería 5° Ed. Madrid,
Interamericana
MC.GRAW-HILL 1995
- 4.- ANN Marriner Tomey RAYLE ALLIGOOD Martha, Modelos y Teorías en
Enfermería 5° Edición en Español, Ed Mosby Madrid España 2003
- 5.-PAKALish, y B.J. Kalish avance de la enfermería en América, Ed MC GRAW-
Hill Interamericana Madrid España 2002
- 6.- L WESLEY Ruby, RN CRRN phdi Teorías y modelos de Enfermería 3° Edición
Ed.MC. Graw Hill Interamericana México 1998
7. - Prechtl HFR, Fargel JW, Weinmann HM, BaKKer HH. "Postures, motility, and
Respiration of low-risk pre-term infants." Developmental Medicine and Child
Neurology 1979
8. - Benavides GHM, Tesch Knoch SR. "Sistematización de signos de alarma
tempranos de daño neurológico para estimulación específica." Salud Pública Mex.
1985
- 9.- Matas S, Mauren M, Paone S, Segura E, Tapia L. Estimulación temprana de 0
a 36 meses favoreciendo el desarrollo. Buenos Aires, Editorial Lumen-
Humanistas.1997

XI. GLOSARIO DE TERMINACION

Células progenitoras: son células pluripotenciales, localizadas en la zona ventricular y que dan origen, o bien a más células progenitoras, o a células posmitóticas de tipo neuronas o glías que a continuación migran para formar la corteza.

Cenestésicos: es la sensación general de la existencia y del estado propio cuerpo, independiente de los sentidos externos, y resultante de la síntesis de las sensaciones, simultáneas y sin localizar, de los diferentes órganos y singularmente los abdominales y torácicos.

Diferenciación neuronal: es la serie de cambios que conducen a una neurona posmitótica a expresar un fenotipo particular, anatómico y funcional, de célula madura.

Estimulación vestibular: Es lo que excita o insita a un organismo o parte del mismo para que funcione, se active o responda la porción vestibular de la boca, que se encuentra entre las mejillas y de los dientes.

Mielinización: es el proceso por el cual, los oligodendrocitos forman la vaina de mielina alrededor de los axones de las neuronas del SNC y del periférico.

Neurogenesis: es el proceso por el cual las células progenitoras de la zona ventricular se transforman en neuronas.

Presión profunda: es la fuerza o carga aplicada en el fondo muy distante de la boca o borde de la cavidad.

Tono: es la situación de equilibrio tensional en los tejidos del organismo, especialmente los músculos.
La contracción parcial o la alternancia entre contracción y relajación de las fibras vecinas de un grupo muscular.

XII. ANEXOS

VALORACION DE ENFERMERIA

Basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson

VALORACION GENERAL

Nombre_____

Edad_____ Sexo_____ Ocupación_____

Estado civil_____ Escolaridad_____

Lugar de Residencia_____ Dirección_____

Teléfono de contacto_____

Motivo de la consulta o queja principal:

Antecedentes personales:

Antecedentes familiares:(Enfermedades Crónicas)

Datos del entorno sociocultural y medio ambiente

I. VALORACION POR NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

Respiración

Frecuencia respiratoria _____/min.

Calidad: normal _____ superficial _____ rápida _____

otros _____

Ruidos de auscultación: sí _____ no _____

descripción/localización _____

Tos: si _____ no _____ Secreciones: Si _____ no _____ Dolor al respirar: Sí _____ no _____

Tabaco: si _____ no _____ lo dejo especificar

fecha _____

Consumo: < de 1 paquete al día _____ De 1-2 paquetes al

día _____

>de paquetes al día _____

Otras drogas: sí _____ no _____ Tipo _____

Uso _____

¿Tiene' alguna alergia respiratoria? sí _____ no _____ ¿de que tipo? _____

Observaciones _____

2. NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATACION

Peso actual _____ **Peso ideal** _____ **Talla** _____ **IMC** _____

¿Cuántas veces come al día?

¿Habitualmente desayuna?

¿Habitualmente come?

¿Habitualmente cena?

¿Lleva alguna dieta si ____ no ____

Tipo de

dieta _____

Ingesta de líquidos: < de 1 litro/día ____ 1-2litros/día ____ > 2

litros/día _____

Intolerancia a alimentos: si ____ no ____ ¿Cuales?

Apetito: normal ____ disminuido ____ aumentado ____ nauseas ____

vomito ____

Fluctuación de peso (últimos 6 meses) si ____ no ____

Kg.Ganados/perdidos: _____

Tiene problemas de:

Masticación: si ____ no ____ Usa prótesis dental si ____ no ____

Deglución si ____ no ____ sólidos ____ líquidos ____

ambos _____

Digestión si ____ no ____ Tipo: gases ____ ardor ____ pesadez ____ dolores ____

otros ____

¿La piel esta hidratada? (cuando se pellizca la marca dura un rato) si ____ no ____

¿Come entre comidas?: rara vez ____ con frecuencia ____ con mucha

frecuencia _____

¿Necesita ayuda para Preparar la comida? ____ comer ____ trocear los

alimentos _____

¿Le han recomendado una dieta especial durante su rehabilitación? si ____ no ____

¿Cuál?

Observaciones: _____

3 NECESIDAD DE ELIMINACION

Intestinal:

Frecuencia_____

Estreñimiento_____ diarrea_____ incontinencia_____

Ostomia: si_____ no_____ tipo autocuidado: si_____ no_____

Problemas de; hemorroides_____ sangrado_____ heces negras_____ otros_____

Uso de laxantes o rutinas: si_____ no_____ ayudas
empleadas_____

Urinarias:

Frecuencia_____

Disuria nicturia_____ retención_____ incontinencia_____
pañal_____

Color: amarillo claro_____ amarillo oscuro_____ naranja_____
rojo_____

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? si_____ no_____ ¿cuál?

Sonda vesical_____ fecha de último
sondaje_____

Cutánea:

Sudoración cutánea: si no Sudoración profusa: si_____ no_____

Menstruación: regular_____ irregular_____ abundante_____
dolorosa_____

Secreciones vaginales: aspecto ¿son abundantes? si_____ no_____

¿Tiene molestias? (fuera de la menstruación) si_____ no_____

Observaciones_____

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: adecuado___ alerta___ inexpresivo___ hostil___
inadecuado___

Comportamiento motor inhibido: inhibición___ agitación___ temblores___
rigidez___

Incoordinación___ inquietud___

Postura: erecto___ decaído___

Modo de andar: normal___ acelerado___ temblante___ lento___

Limitaciones físicas: temporales___ ¿cuáles?___

Aparatos de ayuda: ninguno___ bastón___ muletas___ andador___
otros___

Vértigo: si___ no___ ¿siente dolor rigidez articular si___ no___

¿Hace ejercicio? si___ no___

tipo_____

¿Cuánto tiempo? ¿Practica algún deporte? si___ no___

¿Cuál?

Observaciones_____

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno descansos_____

Problemas de sueño:

Al inicio interrumpido (No de veces___) despertar temprano_____

Sueño excesivo pesadillas (tipo_____)

Sensación después de dormir: descansado____ cansado____ confuso____
otros_____

Factores que afectan el sueño.

Ayudas para favorecer el sueño. Lectura____ fármaco____ baños____
otros_____

Observaciones_____

6. NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si mismo? si____ no____ con limitaciones_____

Alergias a determinados tejidos: si____ no____ ¿cuáles?

¿Qué importancia da a su aspecto? poca____ bastante____
mucha_____

¿Su forma de vestirse es adecuada al lugar, estación y circunstancias? si____
no____

Otro dato de

interés_____

Observaciones:_____

7. NECESIDAD DE TERMOREGULACION

Temperatura corporal: normal____ hipotermia____ hipertermia____

Ta_____

Sudoración cutánea si no ¿Están fríos sus pies y/o manos? si____ no____

¿Si fuese necesario seria capaz de mirarse usted mismo la Ta? si____ no____

Observaciones_____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábito de higiene corporal: baño____ ducha____ frecuencia_____

Cepillado de dientes: si____ no____ frecuencia_____

Autónomo: si no Necesita ayuda: si____ no____

especificar_____

Descuidado en: cabello dientes uñas su piel es: seca____ grasa____

¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, escama)

Descríbala_____

Sus cabellos son: secos____ grasos____ se rompen con

facilidad_____

¿Tiene últimamente tendencia a perder pelo?

Observaciones_____

9 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno

Somnoliento___ Confuso___ Apático___ Hipervigilante___ Distráido___
Fluctuante___
No responde a estímulos___ Solo sigue instrucciones___

Orientación Espacio-Tiempo-Persona

Tiempo: (estación, día mes año)

Especificar_____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala)

Especificar_____

Persona: (reconoce personas significativas)

Especificar_____

Alteraciones perceptivas: Auditivas___ tipo

----- Visuales___ tipo

----- Táctiles___ tipo

----- Olfativas___ tipo

Localización de la percepción: interna___ externa___

Autodescripción de sí mismo

Alegre___ Triste___ Confiado___ Desconfiado___ Tímido___ Inquieto___

Sobre valoración de logros___ Exageración de errores___ infravaloración___

Auto evaluación general y competencia general: positiva___ negativa___

Sentimientos respecto a ello: inferioridad___ superioridad___ tristeza___

Culpabilidad___ inutilidad___ impotencia___ ansiedad___ miedo___ rabia___

Depresión___

otros_____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si___ no___ ¿Cuales?

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella___ o para
otros_____

Especificar_____

Precauciones: mas vigilada___ poner barandillas___ contención mecánica___

Observaciones_____

10 NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento- lenguaje:

Contenido: Coherente y organizado___ Distorsionado___

Descripción de alteración:

Curso del pensamiento:

Inhibido___ Acelerado___ Perseverancia___ Incoherencia___

Desorganizado_____

Forma de expresión:

Claro___ Organizado___ Confuso___ Desorganizado___ Incoherente___

Tartamudeos___ Autista___

Humor:

Deprimido___ Eufórico___ Ansioso___ Triste___ Fluctuante___ Apático___

Otros___

Lenguaje:

Velocidad: Rápido___ Lento___ Paroxístico

Cantidad: Abundante___ Escaso___ Lacónico___ Verborreico___

Tono y modulación: Alterado___ Tranquilo___ Hostil___

Vive: Solo___ Acompañado___ Lugar que ocupa en la familia.

Rol_____

Personas más significativas:

Su relación es: Satisfactoria___ Insatisfactoria___ Indiferente___

¿Tiempo que pasa solo y por que? _____

11 NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Que es lo más importante para usted en la vida?

Religión: Católica romana___ Protestante___ Judío___ Otras___

Desea realizar practicas religiosas: si___ no___ ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera

Por usted?

Observaciones_____

12 NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: sí___ no___

Si la respuesta es si

explíquelo_____

Problemas laborales: si___ no___

¿Cuáles?_____

Tiempo dedicado al trabajo:_____ Tiempo dedicado al

ocio_____

Capacidad de decisión: si___ no___ Resolución de problemas si___ no___

Grado de incapacitación personal

atribuida_____

Observaciones: _____

13 NECESIDAD DE JUGAR/RECREACION

¿Reserva algún tiempo para divertirse? poco _____ Mucho _____

Suficiente _____

¿Cual es su diversión preferida?

Perdida de interés por actividades recreativas: si _____ no _____

Cambios en las habilidades físicas o corporales: _____

Observaciones: _____

14 NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente: _____ remota _____

Inteligencia general: adaptado al momento _____

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta _____ Escucha _____ Interés _____ Desinterés _____ propone alternativas _____

Observaciones _____

