

29
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA AL
PACIENTE PEDIATRICO CON SEPSIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
SANCHEZ MARTINEZ MARTHA

ASESOR ACADEMICO: LEO. MA. MAGDALENA MATA CORTES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO.

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Comisión de
Exámenes

276114 1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mi familia, padres y hermanos que crecimos juntos.

A mis pequeños sobrinos en orden de edad: Raúl, Antonio, Abril, Josías, Alfonso y Hercules. Con la esperanza de que crezcan bajo el buen ejemplo de sus padres.

A Isabel Rocha, Santiago Salazar y Víctor Manuel Jiménez, por ser unos excelentes profesores y lucidas personas.

A los pacientes y compañeros enfermeras, por manifestar una excelente disciplina en su trabajo.

A la asesora: María Magdalena Mata y profesores que contribuyeron a la culminación de la carrera.

A todos y cada uno de ellos gracias de verdad.

ÍNDICE

	CONTENIDO	PÁGINA
	INTRODUCCIÓN	1
	OBJETIVOS	3
CAPITULO I.		
1.1		
1.1.1	MARCO TEORICO	4
	ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	4
1.1.2	DE LA NOCION DE FUNDAMENTO A LA NOCION DE TEORIAS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA	8
1.1.3	PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	12
1.1.4	NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LA VIDA	15
1.1.5	INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LAS CATORCE NECESIDADES FUNDAMENTALES DEL INDIVIDUO	19
CAPITULO II.		
2.1	METODOLOGIA DEL TRABAJO	29
2.1.1	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	31
2.1.2.1	VALORACIÓN	31
2.1.2.1.1	LA OBSERVACIÓN	31
2.1.2.1.2	LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA	32
2.1.2.1.3	EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE	33
2.1.2.1.4	LA HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA	35
2.2	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	36
2.2.1	LA TAXONOMIA DIAGNÓSTICA DE LA NANDA Y EL MODELO DE V. HENDERSON	37
2.2.2	COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS	39
2.2.3	BASES PARA LA FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS	40
2.2.4	LA VALORACIÓN Y LAS CATORCE NECESIDADES SEGÚN HENDERSON	42
2.3	LA PLANEACIÓN	45
2.3.1	LOS CUATRO COMPONENTES ESENCIALES PARA LOS PLANES ESCRITOS	47
2.4	EJECUCIÓN	48
2.5	EVALUACIÓN	49

CAPÍTULO III.

3.1	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	51
3.1.1	PRESENTACIÓN DEL CASO	51
3.1.2	VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	52
3.1.2.1	OBSERVACIÓN	52
3.1.2.2	ENTREVISTA DE ENFERMERÍA	54
3.1.2.3	EXAMEN FÍSICO DE ENFERMERÍA	58
3.1.2.4	HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA	61
3.1.2.5	VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES	65
3.1.3	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	70
3.1.4	PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	73
3.1.5	PLAN DE ALTA	89
	CONCLUSIONES	98
	SUGERENCIAS	100

ANEXOS I.

1.-	FISIOPATOLOGÍA DE SEPSIS	101
-----	--------------------------	-----

ANEXOS II.

2.-	GLOSARIO	113
3.-	BIBLIOGRAFÍA	119

INTRODUCCIÓN

Con base al desarrollo del presente trabajo se da a conocer de una manera profesional lo que realiza el personal en enfermería en su área laboral; ejecutándola a través de un proceso de atención al paciente pediátrica con sépsis, avalándolo con el modelo de Henderson, evidenciando su realización de una forma científica y resolutive al proporcionar el cuidado a los pacientes que lo requieran, permitiendo así favorecer el restablecimiento y la sobrevivencia en la población infantil.

La enfermería como otras profesiones es esencialmente una ciencia aplicada utiliza el conocimiento establecido con propósitos benéficos. Uno de esos usos es la aplicación de conceptos y procesos conocidos a observaciones realizadas en situaciones de enfermería, (Procedimientos y Técnicas, empleadas en la atención integral de nuestros pacientes, ante cualquier patología).

Dicha aplicación satisface los propósitos de interpretación de los datos obtenidos mediante observación y derivación de las acciones de enfermería.

En el primer capítulo se abordan los aspectos conceptuales e históricos del proceso de enfermería así como las teorías y cuidados englobándolo en lo que se refiere al marco teórico. Sobresaliendo conceptos como: niveles de organización de la vida e independencia de la satisfacción de las necesidades.

En el segundo capítulo se contempla la metodología del trabajo, la cual permite la factibilidad de las técnicas y procedimientos en el caso clínico que se presenta.

Culminando con el capítulo tercero; quién comenta la aplicación directa del proceso a nuestro paciente; es aquí propiamente donde se dan a conocer los diagnósticos de enfermería ajustándolos a la definición de la etiqueta diagnóstica de la NANDA, vinculándolos en el Plan de Atención así como un Plan de Alta al paciente, quien tuvo la fortuna de superar su disfuncionabilidad orgánica; concluyendo dicho trabajo con los anexos que incluyen la fisiopatología glosario y útil bibliografía; consultando información relevante que hicieron posible la creación de éste proceso.

Recordando que el actuar con una aspiración cuyo objetivo esencial sea la excelencia; ya que nos vemos comprometidos con nosotros mismos y con nuestro entorno a ser factible dicho anhelo y así demostrar que efectivamente hemos adquirido una educación universitaria que nos orienta a tomar plena conciencia de lo que es ser enfermera y modificar conductas que lleguen a entorpecer la calidad en la atención de salud de nuestros pacientes pediátricos.

OBJETIVOS

- Optimizar los recursos que se tienen y mejorar el criterio de actitudes en la calidad real de la atención brindada al paciente pediátrico con Sepsis, a través del proceso de atención de enfermería y sobre todo de las oportunidades que tenga el paciente de recibir un manejo apropiado y precoz.
- Estratificar una adecuada formulación de actuación oportuna para cubrir las necesidades de la paciente pediátrica.
- Ejecutar una máxima eficacia y continuidad en el trabajo asistencial para la recuperación de la paciente pediátrica; con óptima coordinación de las diferentes intervenciones del equipo sanitario.
- Valorar los factores que intervienen en el personal de enfermería, como son la responsabilidad, conocimiento, habilidad y destreza, en el sistema que brinda al paciente pediátrico con Sepsis, e implementando con esto el proceso de atención en enfermería.
- Contribuir a la reincorporación familiar, del paciente, orientando con respecto a su rehabilitación y citas periódicas para su óptima armonía biopsicosocial; a través de un plan de alta.

CAPITULO I

CAPITULO I

1.1. MARCO TEORICO

1.1.1 ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería; esto incluye la asistencia, enseñanza que el personal de enfermería presta a los pacientes, y a su familia

Abarca cierto número de pasos e intenta lograr un resultado particular, es empleado para identificar los problemas del paciente, permitiéndonos planear y evaluar los resultados obtenidos en nuestros cuidados proporcionados.

Dicho proceso engloba diversas fases; las cuales son: valoración, planeación, ejecución y evaluación, describiéndolas a continuación.

VALORACIÓN

La primera fase del proceso de enfermería es la valoración. En consecuencia, esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y concluye al llegar a un diagnóstico de enfermería, el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente.

PLANEACIÓN

La fase de planeación comienza con el diagnóstico de enfermería, que se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de enfermería.

Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando las más urgentes.

El plan de cuidados de enfermería, debe ser individualizado de manera que este no puede ser empleado por ningún otro paciente. Debe incluir los problemas del paciente, las metas, objetivos e intervención de enfermería, con su elaboración se termina la fase de planeación.

La ejecución del plan de cuidados también ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados. El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del paciente y coordina el programa para que el resto del equipo de salud realice pruebas diagnósticas y diversos tratamientos dentro de una secuencia adecuada para el paciente.

Una vez finalizadas las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.

EVALUACIÓN

La fase final, pero continua, del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados.

La evaluación del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logro ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidados de salud, el paciente o la familia, según se señalo en los objetivos del plan de cuidados.

La evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos y cuales requieren revalorización y replaneación. La evaluación del cuidado de enfermería es un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad y se ha conformado para mejorar dichos cuidados al hacer una comparación de los actuales con los estándares.

Aunque la evaluación del proceso de enfermería ésta no termina aquí, la evaluación sólo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y revalidados. El proceso de enfermería es, pues, un ciclo continuo.

La interacción entre los pasos del proceso de enfermería es constante, siendo este un proceso dinámico, no estático.¹

¹ Marriner, Ann "Proceso de Atención de Enfermería, Un Enfoque Científico". Traducción de la 2ª edición. Doc. Alonso Tellez Vallejo. Editorial Manual Moderno, México, 1990 págs. 1-5, 12

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente es indispensable establecer una serie de pautas, que en conjunto, constituyen el proceso de atención de enfermería, este implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Dicho proceso es continuo e integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.²

² "Enciclopedia de la Enfermería", Fundamentos - Técnicas, Vol. I, Océano I Centrum, Impreso en España 1997, pág. 12

1.1.2 DE LA NOCIÓN DE FUNDAMENTO A LA NOCIÓN DE TEORÍA(S) DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Con el desarrollo de las ciencias humanas y la introducción progresiva de la formación en cuidados de enfermería de salud pública en los programas universitarios, asistimos a otra etapa que se confirma por la publicación en 1948 del Brown Report; *Nursing for the Future*.

En este momento se desarrolla el concepto de “comprehensive nursing care”; es decir, de los cuidados integrados considerando al enfermo en su totalidad, respetando su individualidad, integrando los aspectos individuales y sociales y ampliando el concepto de cuidados tanto a los sanos como a los enfermos.³

A comienzos de los años 60 se empieza a precisar el concepto de “bases científicas” para los cuidados de enfermería. La aclaración de los principios científicos, así como los trámites de resolución de los problemas, hace que algunas enfermeras universitarias propongan un enfoque de los cuidados de enfermería a partir de la recopilación de problemas de cuidados de enfermería de Faye Abdellah, o de la recogida de algunos principios fundamentales alrededor de un mismo concepto, como el concepto de necesidades de Virginia Henderson. En 1961, Faye Abdellah estima que este enfoque científico de los cuidados de enfermería afecta apenas al 10% de las escuelas de formación en cuidados de enfermería.

Este enfoque se desarrolla durante la década de los años 1960-1970 mientras que el concepto de teoría de sistemas, penetra en la esfera del pensamiento científico conmoviendo las concepciones estáticas y aislacionistas de la ciencia clásica.

La publicación en 1968 de la obra de Ludwing Von Bertalanfly: Teoría general de los sistemas, que es la expresión de una profunda mutación de la evolución científica, influye en los diferentes dominios del conocimiento, entre ellos el de los cuidados de enfermería.

A partir de los años 70, se ve por tanto, perfilarse dentro de la enfermería la tendencia a reagrupar un conjunto de principios fundamentales en sistemas que se puedan utilizar en los cuidados de enfermería. Sin embargo la forma de comprender los conceptos desarrollados por la teoría de los sistemas desembocará en formas de utilización muy diferentes.⁴

La elaboración de un sistema constituido por diferentes subsistemas articulados entre sí de una forma determinada tiene por objeto adquirir una manera específica de ver los fenómenos, así como un método de encuesta, procedimiento de investigación y disponer de modelos de pensamiento sistemático. Al concepto de "sistema" se añade el de "modelo conceptual" siendo el modelo una estructuración de ideas y de teorías.

3 FRANCOISE. Colliere Marie; Promover la vida, Mc Graw Hill, Primera edición en español por H. F. Colliere 1993 p. 211

Partiendo de una variedad de teorías que contribuyen a facilitar la descripción y la explicación de fenómenos que se pueden observar en relación con los cuidados de enfermería, ciertos autores llegan a precisar la utilización de una teoría de teorías intentando, incluso superar la fase de la explicación de los fenómenos por ser predictivos, incluso prescriptivos, es decir que se hace posible “identificar el efecto deseado”⁵

Los modelos surgidos de diversas teorías, concebidos en un principio con ideas estructurantes que hacen más accesible la comprensión y la utilización del proceso de cuidados de enfermería, pueden verse reducidos a un modelo del pensamiento sistemático, que les hace correr el riesgo de erigirse de norma de funcionamiento de la aplicación de una demanda sistemática preorganizada que rige el conjunto de la formación que se imparte en una escuela o de la aplicación de cuidados de un servicio, llegamos rápidamente “al modelo” que refiere y garantiza unos tipos de conductas, a este vuelve a modelar a la enfermería en función de un conjunto de directrices para la formación, la práctica y la investigación; es el fundamento mismo. El modelo precede entonces de los estudiantes; indica las metas y los objetivos y guía de elección de todas las materias académicas.

El modelo se convierte verdaderamente en la regla de conducta “científica” llamada a modelar al personaje de la enfermera; “el modelo conceptual aclara lo que es una enfermera”.⁶

4 Ibid p.212

5 Ibid p. 217

6 Ibid p. 218

The Nature of Nursing: Virginia Henderson, inspirándose en el Phenomene de Pierre Teihard de Chardin, se refiere a los elementos universales que constituyen la vida de los seres vivos, pero con un grado de complejidad creciente. Se pregunta por las actividades indispensables de la vida cotidiana, a las que los cuidados deben suplir cuando una persona ya no puede administrarlos por si misma.

Como los cuidados de enfermería se presentan en los diferentes medios de vida, ella introduce "el principio", aquí tiene el sentido de la palabra latina "principies", origen fundamento, mientras que la palabra "necesidad" se basa en un concepto plurivalente con dimensiones biopsicológicas, psicológicas, antropológicas y económicas. Virginia Henderson sugiere unos signos - clave para la diversidad de las necesidades que pueden servir para descubrir la naturaleza de la ayuda que hay que aportar. En ningún momento reduce esos signos a un sistema de funcionamiento, pero piensa que pueden ayudar a comprender situaciones donde las personas no pueden garantizar una respuesta a sus necesidades.⁷

⁷ Ibid p. 214

1.1.3 PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es indispensable identificar las características de los cuidados y del servicio de enfermería, explicar el proceso de los cuidados de enfermería y determinar sus competencias para que su contribución sanitaria y social sea reconocible y reconocida para que los usuarios de los cuidados sepan lo que pueden valerse de los medios y las condiciones necesarias para su prestación.

A partir de estas características se pueden desempeñar las funciones profesionales, base de la definición jurídica de la profesión, no de una definición de la enfermera que no podría ser el fundamento de una definición profesional.⁸

Cuidar es un acto individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. La continuidad de la vida de todo ser vivo se prolonga en una renovación permanente. Todo ser vivo lleva consigo un movimiento genético constante, siendo siempre el mismo.

Identificar los cuidados de enfermería es hacer razonable la naturaleza de los cuidados de enfermería, los elementos que participan en su elaboración; los conocimientos y los instrumentos que utilizan , así como las creencias y los valores en que se basan.

⁸ Ibid pp. 230-231

Esforzarse por encontrar una identidad a los cuidados de enfermería para hacerlos identificables, es aceptar el reconocimiento de unas características permanentes que tendrán que ajustarse a situaciones cambiantes. La identidad se establece a través del cambio; siendo una forma de individualización insertada en una red de pertenencias.

Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados, siendo éstos una actitud cotidiana y permanente de la vida.

La naturaleza de los cuidados que tienen por objeto asegurar la vida, y los que se centran en la enfermedad, que a menudo se proporcionan excluyendo al que la vive.⁹

Los cuidados de enfermería cuya única finalidad es permitir a los usuarios de cuidados desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva a esta última.

El proceso de los cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos (o más) seres vivos que detentan ambos los elementos del proceso de cuidados. Es un proceso de elucidación <--> acción entre dos interlocutores sociales con competencias diferentes y complementarias dirigidos a encontrar su forma de realización a partir de las necesidades y los recursos de cada uno en un elemento dado.

⁹ Ibid pp. 242-243

En conclusión los cuidados de enfermería están basados en un conjunto de conocimientos que les dan información sobre la vida de los hombres, sus creencias, sus hábitos de vida en familia, escuela, trabajo, en grupos, en las instituciones, especificando que conocimientos ha recurrido, que tecnología ha utilizado y cuales son las creencias y los valores sobre los que se basa la presentación de los cuidados de enfermería.¹⁰

¹⁰ Ibid pp. 242-243

1.1.4 NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LA VIDA

La organización es una característica del universo. La materia mineral muestra diferentes niveles de organización, de manera que las partículas elementales interactúan para formar átomos y éstos se agrupan en moléculas; pero la materia viva adquiere mayor complejidad al incluir, además de esas unidades estructurales inertes, otras unidades dotadas de vida.

QUIMICO

El nivel de organización más simple de toda materia viva es el químico, que abarca las partículas elementales, los átomos y las moléculas de que está compuesta la materia que constituye al universo. Esta materia está integrada por 92 elementos, seis de los cuales (carbono, hidrógeno, fósforo y calcio) constituyen el 98% del peso de un organismo vivo. Claro que estos elementos y otros presentes en la materia viven en cantidades más inferiores no se encuentran generalmente en estado libre, sino formando compuestos y moléculas de mayor o menor complejidad. La cantidad más pequeña que puede obtenerse de un elemento sin que pierda sus propiedades químicas es el átomo, formado por protones, neutrones y electrones. Los átomos se unen mediante enlaces químicos de diferente naturaleza: los enlaces que mantienen unido a los átomos de una misma molécula son fuertes y estables (enlaces covalentes) a diferencia de los enlaces que median entre los diferentes átomos que forman un compuesto iónico con carga positiva (cationes). Existe otro tipo de enlace relativamente débil, llamado puente de hidrógeno de una molécula y un elemento como el oxígeno o el nitrógeno de otra molécula.

Así, las moléculas son las unidades menores de materia constituidas por la unión de varios átomos, que pueden existir en estado libre sin perder sus propiedades químicas. Pueden adquirir una complejidad y entonces se habla de macromoléculas, como ocurre en el caso de las proteínas.

CELULAR

La célula es la unidad biológica más elemental dotada de vida propia. Está compuesta de una masa gelatinosa (citoplasma) rodeada de una membrana y en su interior se hallan en suspensión subunidades altamente especializadas llamadas orgánulos celulares que a su vez están formados de moléculas más o menos complejas. Entre las moléculas carentes de vida propia y la célula se encuentra la frontera entre la materia inerte y la materia viva. En esta frontera se encuentran las moléculas macromoléculas tales como el ácido desoxirribonucleico (ADN) presente en los cromosomas del núcleo celular y principal reservorio de la información genética, y los virus, considerados como las formas más elementales de vida, aunque carecen de autonomía metabólica al igual que los ácidos nucleicos. Las moléculas más complejas están representadas por los organismos unicelulares ya que en este caso una sola célula asume todas las funciones vitales. Incluso en una colonia formada por la asociación de varios individuos unicelulares, cada individuo mantiene la capacidad de vivir independientemente.

ORGÁNICO

En los organismos pluricelulares existe, además, un nivel de organización superior que permite una mayor complejidad biológica: las células se agrupan y se especializan para formar tejidos, los cuales a su vez están formados en estructuras llamadas órganos con misiones determinadas (corazón, pulmón, riñón, etc.). a un nivel todavía superior se encuentran el aparato y el sistema, resultantes de la interacción coordinada entre varios tejidos y órganos para realizar un conjunto de funciones biológicas afines. Ejemplos son el aparato digestivo, el sistema circulatorio o el aparato reproductor, entre otros. Este nivel de organización implica la especialización de células, lo que permite una división del trabajo fisiológico entre los diferentes tipos de células (células nerviosas, epidérmicas, etc.), pero también una coordinación de las diferentes funciones que éstos realizan.

Para que todo el conjunto (células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas) sea funcional son necesarios tres niveles de actividad; transporte de materiales para hacer llegar el alimento a todas las células del organismo (sistema conductor de las plantas y sistema circulatorio de los animales), un control fisiológico de todas las células y sus funciones (mediante hormonas vegetales y animales) y conducción de los impulsos (sistema nervioso, exclusivo de los animales).¹¹

¹¹ Enciclopedia Estudiantil Universal. Realización Editorial: Themo, Barcelona. Programa Educativo Visual A.bb. Edición 1998. p.554

ECOLÓGICO

Pero la vida no se concibe en un individuo aislado del resto de sus congéneres y de los demás seres vivos, de aquí que existan niveles de organización biológica todavía más complejos como la población, o conjunto de los individuos de una especie que viven en una determinada área geográfica, y la comunidad o conjunto de todos los habitantes de una zona (vegetales y animales) entre los cuales existe una mayor o menor dependencia en relación al espacio, el alimento, etc. La rama de la biología que estudia las relaciones entre las diferentes poblaciones que forman una comunidad y las relaciones entre los organismos y el medio físico que les rodea es la ecología, cuya unidad de organización fundamental es el ecosistema, es decir una comunidad junto con el medio físico en que vive. Los ecosistemas, no obstante, no son independientes entre sí, ya que la alteración del equilibrio en un determinado medio puede desarrollar un efecto en cadena que altere el equilibrio de ecosistemas colindantes. En definitiva, todo ecosistema se puede considerar parte de otro nivel superior de organización, llegando de este modo a la unidad superior que engloba toda la vida terrestre, la biosfera.¹²

¹² *ibidem*: p.555

1.1.5 INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LAS CATORCE NECESIDADES FUNDAMENTALES DEL INDIVIDUO.

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.¹³

NECESIDAD DE RESPIRAR

Para satisfacer su necesidad de respirar, el ser humano posee un sistema respiratorio que permite la inspiración y la espiración de aire a través de las vías respiratorias permeables y una fisiología respiratoria adecuada. El proceso fundamental de la respiración puede dividirse en tres partes, la ventilación pulmonar, la difusión de los gases y el transporte del oxígeno y del gas carbónico

La ventilación pulmonar es un proceso que permite el paso del oxígeno de la atmósfera a los pulmones (inspiración) y el retorno de los gases carbónicos de los pulmones al aire atmosférico (espiración). Encontramos factores que son esenciales para una buena ventilación:

- La madurez del centro y del sistema respiratorio.
- La proporción del oxígeno en el aire ambiental.
- La permeabilidad de las vías respiratorias.
- El funcionamiento adecuado de los mecanismos reguladores de la respiración.

¹³ Fernández. Ferrin Carmen, Novel, Martí Gloria. "Marco Conceptual V. Henderson. Taxonomía Diagnóstica Nanda". Proceso de atención de enfermería, estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas, S. A. Masso. Salvat. 1993. p.16

La difusión de los gases es el proceso que permite el intercambio entre los alvéolos y los capilares. Varios factores influyen en el transporte del oxígeno a los tejidos:

- El número de eritrocitos, es decir, la cantidad de hemoglobina y su afinidad por el oxígeno.
- La permeabilidad de la red arterial periférica.
- El gasto cardíaco.

La respiración, por tanto, juega un papel vital en el total funcionamiento del organismo. La respiración normal es silenciosa, rítmica y sin esfuerzo. ¹⁴

NECESIDAD DE BEBER Y COMER.

Para mantenerse sano, el ser humano tiene necesidad de una cantidad adecuada de alimentos que contengan los nutrientes indispensables para la vida. La cantidad y naturaleza de los nutrientes está relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo. Una alimentación adecuada debe contener los cinco elementos siguientes: glúcidos, lípidos, prótidos, vitaminas y sales minerales.

Se han establecido normas alimentarias internacionales con el fin de guiar a los individuos para poder escoger sus alimentos y procurarse una alimentación equilibrada para satisfacer sus necesidades nutritivas. Cuatro grupos de alimentos básicos pertenecen a esta guía: leche y productos lácteos, pan y cereales, carne y sustitutos, frutas y legumbres. Los individuos deben comer cada día alimentos escogidos de entre cada uno de los cuatro grupos.

¹⁴ Riopelle, L.; Et.al. "Cuidados de enfermería", Traducción: María Angels de Bernabe ;Ortega; Mc-Hill Interamericana, primera edición. 1993. pp. 8-9

El aporte de los líquidos es indispensable para la supervivencia del organismo. Podemos vivir varias semanas sin comer apoderándonos de las reservas, pero sólo algunos días sin ingerir agua. El agua desempeña los siguientes roles; mantiene el equilibrio electrolítico y la temperatura corporal, conserva la humedad de la piel y mucosas favorece la eliminación de los desechos metabólicos y es un componente esencial del protoplasma celular.¹⁵

NECESIDAD DE ELIMINAR

El mantenimiento de la composición del medio (líquido extracelular) de forma continua, se efectúa por el proceso de homeostasis. En efecto, todo cambio en el volumen extracelular conlleva modificaciones en la composición líquida de la célula: es pues esencial que el medio interno tenga una composición constante.

Este mantenimiento continuo se debe sobre todo a los pulmones, que controlan el CO₂ y el O₂, y a los riñones, que mantienen la composición química de los líquidos del organismo a un nivel normal. Así, los riñones son los órganos principales de la homeostasis, puesto que mantienen el equilibrio del medio interno y dejan la sangre libre de desechos producidos por el metabolismo de cuerpos nitrogenados y de sustancias tóxicas para el organismo por su rol de excreción, la piel completa la eliminación renal eliminando desechos (urea) y agua.

El organismo debe también eliminar desechos de la digestión. El quimointestinal, cuando llega al intestino grueso, contiene sustancias indigestas como las fibras celulósicas de las legumbres, células intestinales y pigmentos biliares.

¹⁵ *Ibidem*: p. 14

Las sustancias útiles al organismo sodio y agua, son absorbidas por osmosis, solo quedan los residuos que sufren la acción de las bacterias antes de ser eliminadas al exterior.¹⁶

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

La movilidad o una postura dinámica, dependen de la coordinación de los músculos y de los nervios, los huesos actúan como palanca y proporcionan los puntos de apoyo de los ligamentos y de los músculos. Estos deben contraerse para producir un movimiento. Los nervios conducen los impulsos del sistema nervioso central. La habilidad que posee el individuo para moverse libremente le permite evaluar su estado de salud y su forma física. La actividad motriz es además un medio de eliminar sus emociones (gestos, expresiones faciales), particularmente en el niño. En efecto, éste último expresa a menudo su cólera o su frustración gritando, gesticulando o escapándose, más tarde aprende a sublimarlos por ejercicios vigorosos.

El adulto, en general ha aprendido a controlar sus emociones y a menudo los elimina por el movimiento o los ejercicios físicos que tienen un efecto benéfico para su organismo particularmente acelerando la circulación lo que favorece la oxigenación celular.¹⁷

¹⁶ Ibidem: pp. 19-20

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Una parte importante de la vida de los seres humanos está dedicada al sueño y al reposo. En los primeros meses de su vida, el niño duerme la mayor parte del tiempo, los periodos de sueño disminuyen a lo largo de su crecimiento y de su desarrollo para llegar a ocupar la tercera parte en el adulto.

El sueño es esencial para el crecimiento y la recuperación del organismo. Durante el sueño, las actividades fisiológicas decrecen, hay, pues, disminución del metabolismo basal, el tono muscular de la respiración, del pulso y de la presión arterial. Además, hay aumento de la secreción de hormonas de crecimiento sobre todo en la pubertad. El sueño libera al individuo de sus tensiones, tanto físicas como psicológicas, y le permite encontrar la energía necesaria para sus actividades cotidianas. Los periodos de reposo, que tienen casi los mismos efectos beneficiosos que el sueño, son también muy importantes para todos los individuos.¹⁸

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

El ser humano, a diferencia de los animales, no tiene ni plumas ni escamas, ni pelaje para protegerse su cuerpo. Por esto, si quiere sobrevivir debe llevar ropas para protegerse del rigor del clima. Así, para el cuidado de la salud, el individuo escoge las ropas apropiadas según las circunstancias y la necesidad.

17 *Ibidem*: pp. 23-24

18 *Ibidem*: p.29

La ropa asegura también la integridad del individuo preservando su intimidad sexual. Las costumbres varían de una cultura a otra, y el lenguaje del pudor se manifiesta a través de comportamientos variados, de forma que el modo de vestir juega un papel importante en este sentido.

El vestir preocupa cada vez más, puesto que forma parte importante de la estética del individuo, contribuye a la expresión corporal y participa significativamente en la comunicación.¹⁹

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. El mantenimiento de este equilibrio está asegurado gracias al funcionamiento de centros termorreguladores situados en el hipotálamo. El calor y el frío captados o percibidos por receptores cutáneos, transmiten los impulsos al hipotálamo, que actúa regularizando la temperatura corporal cuando ésta se eleva, los centros anteriores del hipotálamo inhiben la producción de calor y aumentan la pérdida de calor provocando una vasodilatación muscular, una estimulación de las glándulas sudoríparas (sudoración) y aumento de la respiración. Cuando la temperatura corporal desciende, los centros posteriores del hipotálamo aumentan la producción de calor y conservan el calor del cuerpo provocando una vasoconstricción de los vasos cutáneos, contracciones musculares (escalofríos) y una inhibición de las glándulas sudoríparas.²⁰

¹⁹ Ibidem: pp.32-33

²⁰ Ibidem: p. 36

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TUGUMENTOS

La piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participa en la eliminación de residuos (sudor, etc), refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de tacto, de presión y de dolor.

Para cumplir estas funciones, la piel debe estar limpia, aseada y cuidada. La piel se protege a través de las mucosas que protegen los orificios (la nariz, ojos, orejas, vagina y recto) que deben estar aseados y cuidados para asegurar el bienestar del individuo y facilitar el buen funcionamiento de los órganos. La piel tiene también la función de absorción de ciertas sustancias como cremas hidratantes. Además, el organismo posee faneras (pelos, cabellos, uñas, dientes) que, estando limpios y cuidados, participan en la protección del organismo contra la penetración de sustancias perjudiciales o nocivas.²¹

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Los individuos, a lo largo de su vida están continuamente amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social. Deben protegerse continuamente contra toda clase de agresiones, ya sea las que provienen de agentes físicos, químicos o microbianos, como también de aquellas que provienen de otros seres humanos. Para defenderse, el ser humano posee numerosos medios como la piel, los pelos, (a nivel orificios) y las secreciones que impiden la penetración de agentes externos en el organismo.

21 *Ibidem*: p. 41

Sin embargo, el ser humano, para protegerse mejor, añade a sus medios naturales de defensa medidas preventivas para mantener su integridad biológica, psicológica y social. El ser humano se ve también amenazado en su propia integridad por estímulos que provienen de su entorno físico, social y también de sus propias reacciones, con el fin de mantener su integridad, utiliza mecanismos de defensa.²²

NECESIDAD DE COMUNICAR

El ser humano tiene necesidad de otros para responder al conjunto de sus necesidades vitales y para satisfacer sus aspiraciones superiores. En efecto, para su desarrollo físico como psicológico, al inicio de la vida y más tarde a los intercambios con sus semejantes que puede asegurar la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La familia, el entorno y el conjunto de la misma sociedad concurren, por medio de la comunicación, a hacer del niño un ser humano en toda plenitud. Los cuidados de los primeros meses de la vida, la educación y más tarde todas las interacciones sociales se apoyan en esta capacidad de intercambio y de comprensión mutua entre las personas. La realización de la comunicación se basa, en un conjunto de condiciones bio – psicosociales sin las cuales no sería posible su existencia. La persona capaz de comunicarse con sus semejantes es físicamente apta para recibir los estímulos intelectuales, afectivos y sensoriales que se desprenden de su entorno.

22 Ibidem: pp. 44-45

Es también susceptible, en el aspecto psicológico, de escoger el significado y de responder de manera adecuada y de instaurar con su entorno relaciones sociales de diversa naturaleza, desenvolviéndose desde la utilidad hasta los lazos más significativos del amor.²³

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES.

El ser humano aislado no existe. Está en interacción constante con los otros individuos, los miembros de la sociedad y con la vida cósmica o el ser supremo. Los seres humanos interactúan continuamente con los demás, aportando en esta relación su experiencia de vida, sus creencias y sus valores que de una parte o de otra favorecen la realización de sí mismo y el desarrollo de la personalidad.²⁴

OCUPARSE PARA REALIZARSE

La satisfacción de esta necesidad implica la autonomía del individuo, la toma de decisión consciente y meditada y la aceptación de las consecuencias de las decisiones. Esta necesidad puede estar relacionada a los roles sociales vividos y dominados por el individuo. Además éste tiene la impresión de no realizarse plenamente cuando siente la desaprobación de los demás frente a sus acciones, puesto que tiene necesidad de seguridad de consideración y de amor. La capacidad del individuo de realizarse es personal y única, esto significa que ciertos individuos tienen siempre necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en el interior de ellos mismos una gratificación que les permite controlar eficazmente el entorno.²⁵

23 *Ibidem*: pp. 49-50

24 *Ibidem*: p. 56

25 *Ibidem*: p. 59

NECESIDAD DE RECREARSE

Desde hace milenios los seres humanos han dado una gran importancia a la diversión. El ser humano ha sido siempre consciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión engendrada por su trabajo diario.

Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades. En nuestros días, el avance de la ciencia y de la tecnología ha tenido como consecuencia la aparición de multitud de actividades de diversión y de ocio que son accesibles a muchos. El individuo puede entonces escoger los medios de recrearse que correspondan a sus aspiraciones.²⁶

NECESIDAD DE APRENDER

A lo largo de toda su vida, el ser humano debe adaptarse continuamente a los cambios del entorno, adoptando las medidas necesarias para mantenerse en salud. El autoconocimiento es pues, esencial para el individuo con el fin de llegar a analizar sus hábitos de vida, y verificar si toma las medidas adecuadas para mantenerse en salud. Después de este análisis el individuo experimenta la necesidad de aprender los medios más eficaces para conseguirlo. Cuando ha adquirido los conocimientos, las actitudes y las habilidades para mantener su salud, el individuo experimenta un sentimiento de seguridad, siendo así capaz de luchar contra la enfermedad, el estrés y la ansiedad de la vida cotidiana.²⁷

²⁶ *Ibidem*; p. 63

CAPITULO II

CAPITULO II

2.1. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

La metodología para llevar a cabo el presente proceso de **atención de enfermería** será a través de la **investigación del paciente** tomando como marco de referencia el modelo de Virginia Henderson quien plantea las soluciones para su recuperación a través del plan de atención de enfermería.

EL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio de un problema o para cubrir una necesidad. El plan de atención de enfermería toma en cuenta cada uno de los problemas bio-psicociales del enfermo, a fin de cumplir las metas propuestas en el objetivo.

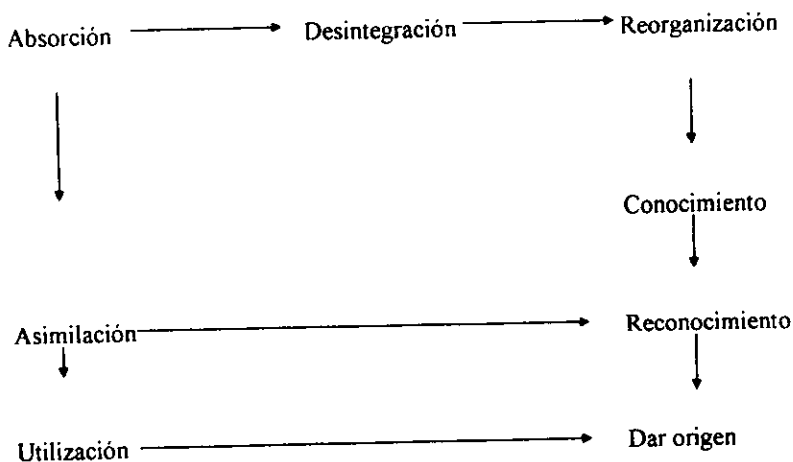
El tipo de investigación para elaborar el plan de atención de enfermería en el presente trabajo será bibliográfico, documental, descriptivo, analítico y observacional.²⁷

El método es el que orienta la organización de los conocimientos y su utilización e imponen una racionalidad científica que termina en una reducción, una difusión o una dimensionalización de las situaciones de la vida. Edgar Morin nos dice que método es el camino emprendido por cualquier conocimiento para hacernos conocer, es decir, para permitirnos "nacer con".

27 Ibidem: p. 68

28 Balseiro Almarino Lasty. Investigación en enfermería, México, editorial Prado, S.A DE C.V. , 1991.
pág. 112

Como el alimento, una de cuyas formas es el conocimiento, ningún conocimiento puede ser operativo si no pasa por un proceso de:



Pensar por si mismo supone, por tanto, desarrollar todo este proceso en sus diferentes fases; la fase en que nazco, a continuación sigo naciendo con lo que me alimento después me reconozco en lo que me alimento, el conocimiento contribuye a formar mi identidad, la identidad de mi ser pensante que, a su vez, se modifica en acción permitiéndose crear.²⁹

Ahora bien todo cuidado de enfermería obliga a encontrarse con lo desconocido de los seres vivos. Para aprender a comprenderlos y buscar con ellos lo que puede permitirles continuar su trayectoria de vida “necesitamos un método que nos ayude a pensar en la complejidad de lo real”.

²⁹ COLLIERE, Marie; Françoise Promover la vida, Mc Graw - Hill, Primera edición en español por M.F. Collicre 1993 p. 254

La organización de los conocimientos que nutren los cuidados de enfermería no pueden satisfacerse con metodologías ciegas y estereotipadas, ni encerrarse en sistemas rígidos, en marcos teóricos prefabricados.

Requiere un método que tenga en cuenta los meandros, las fluctuaciones del proceso de vida y de muerte, que investigue por sondeos, un ensayo y error poniendo en tela de juicio ciertos rigorismos llamados científicos, investigando en un devenir permanente y respetando lo irracional.³⁰

2.1.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

2.1.2.1 VALORACIÓN:

Es la primera fase del proceso de enfermería; está incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y culmina al determinar un diagnóstico de enfermería, que es una exposición de los problemas del paciente. Dicha información se reúne de varias fuentes, empleando para ello la observación y la entrevista como métodos relevantes.³¹

2.1.2.1.1 A) LA OBSERVACIÓN:

La enfermera debe adquirir habilidad para observar los signos y síntomas aparentes o no, de los problemas.

³⁰ Ibid p. 255

³¹ Marrine. *Opcit* Opcit. pág. 12-13

Se dice que una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos. La habilidad para observar no se adquiere con facilidad y requiere ser practicado regular y sistemáticamente.³²

2.1.2.1.2 B) LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA:

La entrevista de enfermería se desarrolló en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a la largo plazo.³³

Las preguntas deben ser preparadas de forma que fluyan con facilidad y no deben ser tan formales que parezca una actitud impersonal. Las interrogantes más bien deben hacerse de tal forma que provoquen respuestas de más de una palabra, incluso cuando se hacen preguntas específicas la enfermera debe intentar que el paciente continúe hablando libremente, la entrevistadora debe ajustar su vocabulario al nivel de entendimiento del paciente; así como el saber escuchar en forma adecuada es esencial para una exitosa entrevista.³⁴

32 Ibidem: pág. 27

33 Ibidem: pág. 28

34 Ibidem. pág. 30-32

La enfermera debe estar capacitada para recopilar la información con rapidez evitando duplicar la información ya recogida por otros miembros del equipo de salud.³⁵

Las pruebas diagnósticas integran gran parte de la información objetiva y cualitativa acerca del paciente, pueden reorientar el diagnóstico, así como los cuidados de enfermería.³⁶

2.1.2.1.3 C) EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE (EXPLORACIÓN FÍSICA DE ENFERMERÍA).

La actividad en la valoración es el examen físico completo, permite establecer comunicación con el paciente, para llevarlo a cabo es necesario explicar el procedimiento al paciente y contar con su autorización.

Las herramientas básicas de la exploración física son los sentidos de la visión, audición, tacto y olfato.

La exploración física del paciente se lleva a cabo utilizando sus 4 elementos fundamentales: **INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN.**

35 *Ibidem*, pág. 32

36 *Ibidem*, pág. 34

- **Inspección:** es la capacidad de observación se hace al primer contacto; entre las observaciones que deben anotarse en la exploración del paciente se encuentran; la postura y la estatura, la nutrición, los movimientos corporales, las características del lenguaje y la temperatura corporal.
- **Palpación:** es una parte vital de la exploración física, muchas estructuras que no son variables, pueden ser exploradas ("sentidas") con la mano entre ellas están vasos sanguíneos, ganglios linfáticos, tiroides órganos del abdomen o tumoraciones.
- **Percusión:** transforma la fuerza física en sonido consiste en golpear una superficie corporal con un martillo de reflejos o con los dedos para obtener respuestas en forma de sonido o movimiento.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los ruidos producidos dentro del cuerpo con estetoscopio, como son los ruidos cardiacos, respiratorios o intestinales.

2.1.2.1.4 D) LA HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

La historia clínica de enfermería proporciona un esquema sistemático, proporciona los antecedentes con los que se hará la valoración de los problemas existentes o potenciales del paciente, y sirve como base para planear, efectuar y evaluar los cuidados de enfermería, estableciendo una relación enfermera - paciente positiva.³⁷

Las notas de enfermería deben contener comentarios precisos y objetivos acerca de las desviaciones del paciente con respecto a la conducta normal, no solo ayudan a que el personal de salud brinde y evalúe los cuidados de salud, sino también son importantes para contar con una fuente confiable de observaciones sobre el paciente y los tratamientos administrativos en caso de litigio.³⁸

Identificación de los problemas del paciente. Los problemas actuales son aquellos que al momento de la valoración ya presenta el paciente.

Un problema potencial es aquel por el cual el paciente tiene un gran riesgo en su salud. Los problemas habituales que según el estado del paciente tiene muchas posibilidades de ocurrir, y que el paciente supera satisfactoriamente.³⁹

³⁷ Shotts, Brunner, Lilien-Smith Suddarth *Dois-enfermería médica quirúrgica*, México, Edit. Interamericana, 4a. Edición, 1993, pág. 50-54

³⁸ *Mantho*, Op.cit, pág. 38-39

³⁹ *Ibidem*, pág. 43

La ausencia de buenas intenciones por parte de la enfermera, y el uso del paciente para satisfacer las necesidades de ella misma, obstaculiza la identificación minuciosa de los problemas del paciente.⁴⁰

Los planes de cuidados basados en la valoración toman en cuenta todas las necesidades de enfermería del paciente. El conocimiento cada vez mayor sobre el paciente y la mayor conciencia de lo que representa, han proporcionado a las enfermeras grandes gratificaciones al cumplir sus responsabilidades. Se advierte que la evaluación de la eficacia del tratamiento de enfermería mejora al disponer de datos que sirvan de línea base.⁴¹

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería puede constar de un signo o síntoma que se enfoca en la respuesta particular del paciente a su enfermedad; tiende a ser más individualizado y a reflejar el progreso del paciente.

El proceso de diagnóstico requiere de un conocimiento científico y de la relación y aplicación de este conocimiento a la enfermería. El diagnóstico verdadero establece un punto de partida, una base para los cuidados de enfermería.

40 Ibidem. pág. 44

41 Ibidem. pág. 47

Los criterios por los que se observa la conexión de los hechos están influidos en base al conocimiento científico, por las experiencias de enfermería pasadas y por la definición de está.⁴²

Un diagnóstico de enfermería puede redactarse en relación con un problema de enfermería real o de alto riesgo. La forma preferida para expresar un diagnóstico, real consiste en escribir una frase de tres partes que comienza con el término o términos utilizados por la NANDA para ese problema, diagnóstico, seguidos del factor o factores etiológicos y completado con los signos y síntomas.⁴³

2.2.1 LA TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA DE LA NANDA Y EL MODELO DE V. HENDERSON

Los diagnósticos de la NANDA constituyeron una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente. Como en toda taxonomía, estos diagnósticos están agrupados sistemáticamente según determinadas características, normas, reglas y criterios previamente establecidos.⁴⁴ Dicha clasificación se basa en un complemento más holístico, agrupa los diagnóstico en diversos modelos o patrones de respuesta humana.

42 *Ibidem*. pág. 55

43 GAUNTLETT, Patricia. "Enfermería médico Quirúrgica". Vol. 1, Myers, Judith. 2ª Edición Adaptación Susana Sales y María Teresa Alzaga, Editorial Mosdy / Doyma.. Libros. Madrid España 1995 pág. 62

44 *Ibidem*: pág. 42

Para su clasificación, la NANDA considera nueve modelos de respuesta humana:

- ◆ **Intercambio.**- Patrón de respuesta humana que comprende dar y recibir recíprocamente.
- ◆ **Comunicación.**- Patrón de respuesta humana que comprende envío y recepción de mensajes.
- ◆ **Relación.**- Comprende el establecimiento de vínculos interpersonales.
- ◆ **Valoración.**- Abarca la asignación de valores.
- ◆ **Elección.**- Comprende la selección de alternativas.
- ◆ **Movimiento.**- Comprende las actividades.
- ◆ **Percepción.**- Comprende la recepción de informaciones.
- ◆ **Conocimientos.**- Comprende el significado asociado a la información.
- ◆ **Sentimientos.**- Comprende la conciencia subjetiva de la información.⁴⁵

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

Los diagnósticos se clasifican en **REALES, POTENCIALES y POSIBLES**.

REAL: El que a partir de la valoración de enfermería reúne todos los datos confirmatorios de su existencia.

POTENCIAL: Se define cuando no está presente en el momento de realizar la valoración, aunque estén indicios/riesgos suficientes que pueden llevar a su aparición posterior.

POSIBLE: Cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la probabilidad de su presencia, aunque faltan datos para confirmarlo o negarlo.⁴⁶

2.2.2 COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS

Cada categoría diagnóstico consta de los siguientes elementos:

1. **Etiqueta diagnóstico nombre.-** Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
2. **Definición.-** Incluye una breve explicación concluyente del diagnóstico enunciado que lo hace diferenciar de los distintas etiquetas diagnósticas.
3. **Características definitorias.-** Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características son propias de los diagnósticos reales, clasificados en características mayores y menores (**NANDA**), la diferencia entre ambas características no radica en su mayor o menor importancia sino en la frecuencia de su presentación.

⁴⁶ Fernández, Ferrin, Carmen, Novell, Martí Gloria "marco conceptual V. Henderson, taxonomía diagnóstica de NANDA", 1993. pág. 43

4. **Factores relacionados:** Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales factores pueden ser descritos como:

- a) Antecedentes de
- b) Asociado con
- c) Relacionado con
- d) Contribuyente a
- e) Provocando

Cuando el diagnóstico es **POTENCIAL**, no existen características definitorias - como se ha comentado y los factores relacionados se les denomina **FACTORES DE RIESGO**.⁴⁷

2.2.3 BASES PARA LA FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

1. Diagnóstico Real, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta relacionado con la etiología o factor relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado, por las características definitorias mayores y las menores observadas.
2. Diagnóstico potencial, la forma de enunciarlo sería primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra "potencial" y relacionada con la etiología o factor relacionado contribuyente.

⁴⁷ *Ibidem*: pág. 44

3. Diagnóstico posible, la forma correcta de enunciarlo sería citado primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra “posible” y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.

Lo imperativo es realizar otra recogida de datos localizada hacia la ampliación de la información obtenida que permita confirmar o refutar dicho diagnóstico.⁴⁸

El ajustarse a la definición de la etiqueta diagnóstica de **NANDA**, sirve para la unificación de criterios y la utilización común con un mismo significado para cada concepto. Una etiqueta diagnóstico se formula, en principio, teniendo en cuenta un conjunto de signos y síntomas o características definitorias observadas.

A veces, una misma palabra (por ejemplo, ansiedad) puede ser considerado como una característica definitoria perteneciente a un diagnóstico.⁴⁹

Vemos así que el mismo concepto tiene diferentes posibilidades de utilización según el sentido en que se use (como diagnóstico, característica definitoria - mayor o menor - o como factor relacionado / contribuyente). Esto da una idea de la importancia de analizar o interpretar correctamente los datos obtenidos en la etapa de valoración y la determinación del problema, causas de la dificultad y de las manifestaciones de dependencia/independencia, según la terminología de V. Henderson.⁵⁰

48 Ibidem: pág. 45-46

49 Ibidem: pág. 47

50 Ibidem: pág. 49

2.2.4 LA VALORACIÓN Y LAS CATORCE NECESIDADES SEGÚN HENDERSON

La fase de valoración requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades, la exploración del paciente debe ser metódico y tan completo como sea posible en cada ocasión, a fin de poder efectuar una valoración basada en un cuadro completo de la situación, siendo conveniente completar la información con las aportaciones de otros integrantes del equipo de salud y expertos en conocimientos específicos en determinados ámbitos, cuya participación en esta fase del proceso de enfermería permite elaborar un análisis crítico mejor fundamentado.⁵¹

Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad, y promover el desarrollo y crecimiento.⁵²

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas viene determinados por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre cada uno de ellas, que implica que cualquier modificación puede alterar a los restantes.

51 "Enciclopedia de la Enfermería", Fundamentos - Técnicas, Vol. 1, Océano I Centrum, Impreso en España, pág. 12

52 Fernández Ferrín Carmen, Novel Martí Gloria. "Marco Conceptual V. Henderson Taxonomía Diagnóstico NANDA" ..1993.. P..4

Desde un punto de vista holístico, estas necesidades en ninguno momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de estas, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios, denominados por Henderson - de independencia y de dependencia, los cuales definiremos a continuación.⁵³

Según Henderson la dependencia se debe a tres causas que identifica como “falta de fuerza”, falta de conocimiento o “falta de voluntad”.

El concepto de Independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La dependencia puede ser considerado en un doble vertiente por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas: por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.⁵⁴

1. **Falta de fuerza.**- La capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

⁵³ Ibidem: pág. 4-5

⁵⁴ Ibidem: pág. 16 -17

2. **Falta de conocimientos.**- En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3. **Falta de voluntad.**- Entendida como capacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.⁵⁵

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinando por el grado de dependencia identificando.⁵⁶

Grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

- ◆ Necesidad de oxigenación.
- ◆ Necesidad de nutrición o hidratación.
- ◆ Necesidad de eliminación.
- ◆ Necesidad de moverse o mantener una buena postura.
- ◆ Necesidad de descanso y sueño.
- ◆ Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- ◆ Necesidad de termoregulación.
- ◆ Necesidad de higiene y protección de la piel.
- ◆ Necesidad de evitar los peligros.
- ◆ Necesidad de comunicarse.
- ◆ Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- ◆ Necesidad de trabajar y realizarse.
- ◆ Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
- ◆ Necesidades de aprendizaje.⁵⁷

⁵⁵ Ibidem: pág. 17

⁵⁶ Ibidem: pág. 8

Señala las respuestas significativas que presenta el paciente en las etapas de su enfermedad y por esta razón puede cambiar con las modificaciones diarias de éste.

2.3 PLANEACIÓN.

Comienza con el diagnóstico de enfermería, una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad, que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería.

La enfermera puede prever que una vez que están resueltas las necesidades inferiores, la prioridad del paciente aumentara. Debe desarrollar un plan de cuidados de enfermería, esté incluirá los problemas del paciente, las metas y los objetivos de la atención de enfermería y la intervención de esta.⁵⁸

El paciente debe intervenir en la planeación de su propio cuidado de enfermería. la ayuda que puede proporcionar para la clasificación de prioridades y para la planeación de su atención depende de su estado de salud física y mental, del entendimiento de su situación actual y de sus habilidades pasadas para resolver problemas. Un aumento en la necesidad de amor y autoestima en el paciente indica que es más capaz de participar en la planeación de su atención. También deben ayudar a evaluar los resultados, esto ayuda a satisfacer sus necesidades de amor y estimación y no permite que sus capacidades para resolver problemas se degeneren por falta de uso.⁵⁹

57 *Ibidem*: pág. 4,5

58 *Marriner. Opcit.* pág. 69

59 *Ibidem*: pág. 71-72

El plan de atención de enfermería plantea problemas, objetivos, actuaciones y respuestas, cuanto más específico y conciso es el planteamiento del problema, es más fácil definir el objetivo y describir la acción de enfermería. Los objetivos deben ser realistas y prácticos, apoyando las necesidades del paciente y las metas aceptables por ambas partes.⁶⁰

Las acciones de enfermería se pueden evaluar valorando la respuesta del paciente. El objetivo se cumple cuando la conducta del paciente es la misma que la conducta final que se describe en el objetivo.

El plan de cuidados de enfermería se desarrolla para un paciente específico, los individuos reaccionan a la enfermedad de manera diferente, y éste debe reflejar esta individualidad a través de las prescripciones de la enfermera considerando las diferencias individuales; toma en cuenta las necesidades psicosociales del paciente y la interrelación de esas necesidades psicosociales fisiológicas. refleja la participación del paciente y de su familia y la coordinación con el cuidado general de su salud.

Dichos planes prescriben las medidas de acción de enfermería, basadas en principios científicos, las cuales deberán tener eficacia terapéutica y especificidad.

Los estudios de los planes de cuidados de enfermería indican que el plan se utiliza en primer lugar para anotar las obligaciones funcionales relativas al plan terapéutico del médico.⁶¹

60 *Ibidem*: pág. 73

61 *Ibidem*: pág. 74

2.3.1 LOS CUATRO COMPONENTES ESENCIALES PARA LOS PLANES ESCRITOS SON:

- a) Observación y valoración: del paciente para incluir o excluir problemas de atención de enfermería presentes o potenciales.
- b) Para cada problema observado hay objetivos o metas para el paciente.
- c) Se tienen que tomar acciones de enfermería para cada problema y tal vez para cada meta con el fin de lograr la meta y resolver el problema.
- d) Se deben valorar las respuestas del paciente para cada problema, con el fin de que el cuidado de enfermería se pueda determinar y readaptar a consecuencia de un enfoque más exigente.⁶²

Los planes de cuidados de enfermería, ya sean simples o complejos, ofrecen el potencial de una atención más individualizada, más coordinada y además proporcionan al personal valiosos medios de superación, el saber la naturaleza de la respuesta del paciente, el saber seleccionar entre las medidas de enfermería alternativas, la búsqueda de pistas en las respuestas del paciente a estas medidas y poner estas ideas en palabras en un plan de cuidados de enfermería, es algo que se puede aprender y llega a ser hábito⁶³

Como conclusión se reafirma que un plan de asistencia consta de diagnóstico de enfermería, resultados esperados u objetivos de la asistencia y actuaciones o intervenciones de enfermería.

62 *Ibidem*; pág. 75

63 *Ibidem*; pág. 77

Además, en el plan de asistencia pueden figurar también la justificación, los criterios de evaluación y los datos de valoración de enfermería. Los procesos de juicio clínico a través de cada uno de los aspectos del proceso de enfermería.⁶⁴

2.4 EJECUCIÓN.

Es la aplicación real de la atención de enfermería. Esto implica llevar a cabo las prescripciones del médico y seguir las políticas y normas hospitalarias así como ejecutar las prescripciones de enfermería. La ejecución del plan de cuidados de enfermería contribuye a un cuidado completo por que considera los aspectos biopsicosociales del paciente.

Es responsabilidad de la enfermera enseñar al paciente la información y habilidades que necesita saber para ejecutar el plan de atención.⁶⁵ La referencia es una petición de un cuidado continuado, y el sistema de información utilizado ayuda a la continuidad del cuidado. El objetivo principal de su tema de referencia es el de ayudar al paciente a lograr el nivel más alto de bienestar posible.⁶⁶

64 GAUNTLETT. *opcit.* pág. 83-84

65 Marfiner. *Opcit.* pág. 89

Cada una de las actividades de enfermería debe documentarse con exactitud. Para el registro de las actividades de enfermería; se utilizan listas de comprobación y documentación explicativa, cada institución dispone de impresos destinados a la documentación, donde constan las directrices de su política.⁶⁷

Las actividades de enfermería deberían efectuarse en un entorno seguro y terapéutico. Planifíquelo con previdencia para asegurarse de que será apropiado para cualquier actividad que vaya a ejecutar; al llevar a cabo dichas actividades deberán incluirse al paciente y a su familia.⁶⁸

2.5 EVALUACIÓN.

La evaluación anuncia el inicio el proceso de enfermería, más que su término. Es decir, el paso de evaluación debe ser considerado como un reciclaje o como el inicio de un nuevo proceso. Esta sirve como indicador del progreso del paciente hacia el logro de los objetivos establecidos.⁶⁹

La evaluación crítica de los resultados de la asistencia de enfermería requiere hacer una comparación entre la valoración de los datos obtenidos del paciente con el progreso previsto o esperado del mismo hacia los resultados establecidos por escrito.⁷⁰

66 Ibidem, pág. 91

67 GAUNTLETT, Opcit. pág. 97

68 Ibidem, pág. 96

69 Ibidem;: pág. 111

70 Ibidem, pág. 113

El grado en que se consiguen los objetivos viene determinado por el emparejamiento de las valoraciones reales de la respuesta del paciente a las actuaciones de enfermería con los resultados esperados.

El propósito de la valoración formal consiste en revisar la calidad de la asistencia sanitaria en la forma que se muestra en la documentación escrita; los requerimientos de disponer de una documentación completa sobre todos los aspectos del proceso de enfermería.⁷¹

71 Ibidem: pág. 114

CAPITULO III

CAPITULO III

3.1. APLICACIÓN DEL PROCESO A UNA PACIENTE PEDIATRICA DE SÉPSIS.

3.1.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante femenina de 1 mes de edad; la cual cuenta con antecedentes de importancia ya plasmados en la historia clínica de la enfermería; identificando sus requerimientos de salud perdidos, en base a las catorce necesidades de Henderson y diagnósticos de la NANDA no encontrándose todas pues solo contamos con once, las cuales son relevantes para la subsistencia humana; tales como: la oxigenación, hidratación termoregulación, alimentación, protección de la piel, movilidad, eliminación, necesidades de comunicación (socioemocional), descanso, sueño, y necesidad de evitar peligros.

Ingresando el 15/03/98 con estancia intrahospitalaria de 19 días, reingresando a la unidad el 26/04/98, con estancia en UCIP por ocho días con evolución lenta, egresándose el 7/05/98 con reporte de laboratorio dentro de los límites normales y remisión del cuadro clínico; ya que como parte del grupo multidisciplinario de salud de una área hospitalaria contribuimos día con día a la asistencia integral del paciente para restablecimiento de su salud así como también nos enfrentamos a cambios científicos y tecnológicos que aporta la ciencia; por ello requiere que se profesionalicé en dichos adelantos y así poder actuar en los momentos críticos tal como fue el caso de nuestra paciente, adquiriendo la experiencia, habilidad y destreza que ello demande, pues gracias a la participación multidisciplinaria se logra un óptimo pronóstico en la lactante.

3.1.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

3.1.2.1 OBSERVACIÓN

3.1.2.1.2 SENSIBILIDAD

- **Sensibilidad:** Respuesta a estímulos.
- **Estado emocional:** Irritable.
- **Comunicación:** Lactante menor (vínculo maternal)

3.1.2.1.3 FUNCIONES NEUROLÓGICAS

- **Niveles de conciencia:**
- **Tono Muscular:** Extremidades con buen tono y movilidad.
- **Memoria:** Lactante.
- **Marcha:** Reflejo tónico - cervical
- **Crisis convulsivas:** No se observan
- **Reacciones pupilares:** Tono deprimido.
- **Deficiencia de nervios craneales:** Reflejos presentes.
- **Gusto:** Succiona.
- **Audición:** Sensibilidad al sonido, reacciona ante los estímulos auditivos (sonajero).
- **Visión:** El campo visual equivale a 1/3 del adulto.
- **Olfato:** Sensibilidad a los olores fuertes (perfumes).
- **Tacto:** Reflejo de presión.

3.1.2.1.4 FUNCIÓN RESPIRATORIA

Tórax con movilidad incrementada, frecuencia incrementada, tiraje intercostal, retracción xifoidea, adecuada entrada y salida de aire.

3.1.2.1.5 FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

Ruidos cardíacos rítmicos con buen tono e intensidad.

3.1.2.1.6 TEGUMENTOS

Deshidratada y pálida pérdida de la turgencia de la piel.

3.1.2.1.7 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL

- Nutricional: Rechaza la vía oral.
- Diarrea: Hasta cuatro evacuaciones al día en cantidad abundante, líquidas de color verde amarillo, acompañado de moco y sangre.

3.1.2.1.8 FUNCIÓN URINARIA

Micción espontánea, cantidad oligúrica.⁷²

72 Sholtis. Brunner Lillian/Smith, Suddarth Doris, Enfermería Médico Quirúrgica. 4ª edición, Editorial Interamericana, México 1983, pág. 48.

3.1.2.2 ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

3.1.2.2.1 DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre:	Avalos Hernandez Esbeydi Guadalupe
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Lactante
Raza:	Mestiza
Nacionalidad:	Mexicana
Idiomas:	Lactante
Religión:	Católica
Nivel de Educación:	Lactante

Estado financiero en relación con la existencia, no derecho habiente, por lo que recurre a nuestra Institución.

3.1.2.2.2 DATOS BÁSICOS ESPECÍFICOS DE SALUD ENFERMEDAD VALORACIÓN PSICOSOCIAL

a) Percepción de Enfermedad y Hospitalización

1.- ¿Cómo describe usted la salud de su hija en general?

mala porque no nació bien; no podía obrar

2.- ¿Porqué solicitó la admisión en el hospital?

No soy derecho habiente, mi esposo si pero no nos ha dado de alta.

3.- ¿Cuál es la causa y el posible tratamiento de su enfermedad en su hija?

Como ya lo comente su problema es del ano, y ahorita le hicieron un estoma, pero le dio diarrea y se me deshidrato.

4.- ¿Cómo empezó su enfermedad?

Pues no me quiso ya comer por la diarrea y fiebre que tuvo.

5.- ¿Cómo se encuentra usted?

Angustiada, porque no se si se compondrá.

6.- ¿Cuales son sus expectativas con respecto a la hospitalización de su hija?

Que regrese conmigo y su padre, que se componga.

7.- ¿Cuál es el papel de su familia y amigos?

Mis padres y esposo me han apoyado en todo.

8.- ¿Creé que los cuidados hospitalarios sean adecuados?

Pues si.

9.- ¿Cómo cuida su salud?

¿Acude a control del niño sano? NO

¿Conoce usted al esquema de vacunación? NO

¿Cómo prepara sus biberones? Solo los lavó

¿Y que fórmula le da actualmente? Nan y sin lactosa

Fuma algún miembro de la familia NO

¿Que actividades de recreación realizan? Ninguna

b) Antecedentes y Datos Diversos

1.- ¿Que enfermedad previa ha padecido?

Solo la operación de la malformación MAR.

2.- ¿Cuántas hospitalizaciones previas ha tenido?

Una.

3.- ¿Tenía usted dudas respecto a esta admisión al hospital?

No

4.- ¿Hay alguna otra situación que en este momento le preocupe, a parte de su enfermedad u hospitalización?

No solo la situación de mi hija.

c) medidas de Seguridad y Comodidad

1.- ¿Evidencia la infante alguna molestia?

Todos por datos francos de choque hipovolémico.

d) Patrón Nutricional Metabólico

1.- ¿Cómo es su apetito?

Es difícil de que tome toda su fórmula pero insistiendo la toma.

2.- ¿Ha padecido náuseas o vómitos al ingerir algún alimento?

No

3.- ¿Ha variado su peso?

Si

4.- ¿Cuál es el estado Nutricional de la infante?

Perdida ponderal

e) Patrón de Eliminación

1.- ¿Cuál es su hábito para defecar y con que características?

tres veces al día, normales

2.- ¿Sufrir de estreñimiento o diarrea?

No sólo hace 2 días antes de su ingreso.

3.- ¿Cómo está orinando?

Amarillo.

f) Patrón de Actividades de Ejercicio

Estimulación personal

NO

g) Patrón de reposo sueño

(Casi duerme todo el día)

h) Interacciones familiares

1.- ¿Cómo se lleva con su familia?

Familia nuclear, existe armonía.

2.- ¿Qué papel desempeña dentro de su hogar?

Soy ama de casa.

i) Creencias religiosas

1.- ¿Profesa alguna religión? ¿cuál?

Si católica.

2.- ¿Relacionando con su religión que actividades acostumbra?

Solo ir a misa cada ocho días.

3.- ¿Que impacto tiene su religión sobre la enfermedad de su hija?

Ninguna.

4.- ¿Relacionado con su religión desea usted alguna cosa?

Que se alivie mi hija.⁷³

73 Sholts Brunner Lilian / Smith Suddarth Doris. Enfermería Medicoquirúrgica, cuarta edición, nueva editorial Interamericana S.A. de C.V.: México D.F. 1983, Págs. 46/47

3.1.2.3. EXAMEN FÍSICO DE ENFERMERÍA

3.1.2.3.1 DATOS PERSONALES

Nombre: Avalos Hernandez Esbeydi Guadalupe

Edad: 1 mes

Sexo: Femenino

Estado civil: Lactante menor

Ocupación: Lactante menor

3.1.2.3.2 EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL

INSPECCIÓN. Lactante menor, activa, reactiva irritable, pálida, deshidratada, edad menor ala cronológica con un peso de 2,400 gramos, SIR 50 por minuto, FC 125 por minuto y una T/A 90/60.

- Postura y estatura activa talla: 50 cm.
- Movimientos corporales reactiva, extremidades con buen tono y movilidad.
- Nutrición: en base a formula maternizada sin lactosa a disolución normal.
- Características del lenguaje. Lactante menor.
- Temperatura corporal 36.5°C
- Aspecto emocional: Irritable.

3.1.2.3.3 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN DE ÓRGANOS, APARATOS Y CAVIDADES CORPORALES.

A) Exploración de cabeza.

Tamaño de la cabeza	PC= 33 cm.
Sostén cefálico	1er. mes
Cabello y piel cabelluda	bien implantado y es escaso.
Cara	ovalada delgada.
Exploración del cuello	sin alteraciones.
Exploración del odio y nariz	oído sin alteraciones, nariz con secreción purulenta, verdosa escasa.
Examen de la boca	seca, saliva escasa

B) Examen de tórax y pulmones

Tórax, con movilidad incrementada, frecuencia incrementada con tiraje intercostal, retracción xifoidea; adecuada entrada y salida del aire.

C) Exploración del aparato cardiovascular

Ruidos cardiacos rítmicos con buen tono e intensidad.

D) Exploración del abdomen

Blando, depresible no megalias, peristalsis presente.

E) Exploración rectal

MAR con colostomia funcional del lado izquierdo, sin movimientos anormales.

F) Exploración Genitourinaria

MAR, urinario sin alteraciones.

G) Examen Neurológico

Reflejos presentes. No se aprecian datos meningeos.

H) Examen de las extremidades

y del sistema músculo esque-

letico.

Extremidades con buen tono y movilidad.⁷⁴

⁷⁴ Sholts Brunner Lillian / Smith Suddarth Doris. Enfermería Medicoquirúrgica, cuarta edición, nueva editorial Interamericana S.A. de C.V.: México D.F. 1983, Págs. 50 a 92

3.1.2.4 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Avalos Hernandez Esbeydi Guadalupe Edad: 1 mes
Fecha de nacimiento: 13/03/98 Sexo: Femenino
Ocupación: Lactante menor Admisión: 26/04/98
Fuente de Información: expediente clínico.

ACTIVIDAD REPOSO

- - Subjetivo (datos proporcionados por la madre).

Ocupación: Lactante menor.

Limitaciones impuestas por el problema: La limitan en descansar.

Sueño: 10 - 18 horas

- - Objetivo

Observación de la respuesta a la actividad cardiovascular: Rs Cs sin alteraciones pulsos presentes y de buena intensidad.

Respiratoria: Campos pulmonares con buena entrada y salida del aire.

Estado Mental: Alerta.

Valoración Neuromuscular: Reflejos presentes.

Masa Muscular / Tono: Presente.

Temblores: no presentes.

Deformidades: ninguna.

ALIMENTOS LÍQUIDOS

SUBJETIVO

Dieta habitual: Formula maternizada sin lactosa

Numero de biberones: 8 x 3

Perdida del apetito: En el proceso de enfermedad.

Nauseas / Vómito: Reflejo nauseoso.

Intolerancias alimentarias: a la lactosa

Dentición: aún no presente.

Peso al nacer: 2,800 gr.

Cambios en el peso: perdida ponderal.

OBJETIVO

Peso actual: 2,400 gr.

Talla: 50 cm.

Constitución: Pequeña

Turgencia de la piel: Perdida de ésta.

Membranas mucosas: Deshidratadas

Hernias / Masas y Megalias: No se palpan.

Edema General: no se observan.

Estado de la dentición: Aún no presente.

Aspecto de la lengua: Integra.

Ruidos intestinales: Peristaltismo presente.

Ruidos respiratorios: Normales

CIRCULACIÓN

OBJETIVO

T/A: 90/60

Auscultaciones del latido: 125

Soplos: No existen.

Distensión de la vena yugular: no existe.-

Extremidades temperatura: Colapso hipotérmico.

Color: Coloración marmórea.

Llenado Capilar: 2-3

Pelo: Bien implantado.

Labios: Secos.

Lechos ungueales: Sin cianosis.

Conjuntiva: Limpia.

Esclerótica: Blanca.

Diaforesis: No hay.

DOLOR / BIENESTAR

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

Niega antecedentes de enfermedades crónico degenerativas.

Medicaciones recetadas: Negativo.

Diagnóstico de la hospitalización: Desequilibrio hidroelectrolítico y probable sepsis.

Enfermedades previas y/o hospitalizaciones intervenciones quirúrgicas:

Intervenida el 15/03/98, para derivación intestinal por cursar con malformación ano-rectal.

Último examen médico completo: 3/04/98

HIGIENE

Baño diario, movilidad dependiente, alimentación por la madre, vestido de acuerdo a su edad.

SEGURIDAD

La madre refiere no tener alergias, no transfusiones sanguíneas por el momento.

3.1.2.5 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE LA PACIENTE

1.- OXIGENACIÓN

Datos de Independencia: No se observan.

Datos de Dependencia: Tiraje intercostal medio y bajo.
Retracción xifoidea.
Regular entrada de aire.
Llenado capilar 2,3 segundos.
Cianosis en extremidades.

Diagnóstico de enfermería: Potencial alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con un desequilibrio ácido base, alterado en el intercambio gaseoso, manifestado por difusión respiratoria.

2.- HIDRATACIÓN

Datos de Independencia: No se observan.

Datos de Dependencia: Fontanela anterior hundida.
Sed intensa.
Hundimiento ocular.
Palidez.
Sequedad de piel y mucosas.

Diagnóstico de enfermería: Alteraciones de la perfusión tisular relacionado con deshidratación debido a déficit del volumen de líquidos.

3.- TERMOREGULACION

Datos de Independencia: No se observan.

Datos de Dependencia: Datos de dificultad respiratoria; caracterizado por Silverman de 2-3 (tiraje +, aleteo nasal)

Escalofríos.

Colapso hipotérmico.

Alza térmica de 40°C predominio nocturno.

Diagnóstico de enfermería: Potencial riesgo de lesión sistémico; relacionado con hipertermia debido al proceso séptico que cursa.

4.- ALIMENTACIÓN

Datos de Independencia: No se observan.

Datos de Dependencia: Gasto fecal (amarillo grumoso).

No distensión.

Buena tolerancia a la V. O.

Incremento ponderal.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial riesgo del crecimiento y desarrollo relacionado con déficit masa ponderal; debido al cuadro enteral e hidrico presente.

5.- PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos de Independencia: No se observan.

Datos de Dependencia: Evacuaciones líquidas con moco y fétidas, antes de iniciar la ingesta y aceptación de esta.

Laceración en periferia de estoma.

Deficiente masa somática.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la integridad cutánea; relacionado con la excreción del estoma debido a cuadro enteral.

6.- MOVILIDAD

Datos de Independencia: No se observan.

Datos de dependencia: Prescripción cambios frecuentes de posición.

Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la movilidad física, relacionado con laceraciones

occipitales debida a la hipotonía muscular existente.

7.- ELIMINACIÓN

Datos de Independencia: No se observan.

Datos de Dependencia: Balance hídrico +29 ml.

Diuresis elevada 8.8 ml /kg / hrs.

Diagnóstico de enfermería: alteración de la perfusión tisular renal, relacionado por un patrón inflamatorio debido a modificaciones en los flujos urinarios.

8.- SOCIOEMOCIONAL (Comunicación)

Datos de Independencia: Óptima armonización familiar.

Datos de dependencia: No se observan.

Diagnóstico de Enfermería: Alteraciones de la maternidad / paternidad relacionado con la ansiedad debida a la hospitalización de la infante.

9.- EVITAR PELIGROS

Datos de Independencia: La familia conoce las vías de contaminación y las medidas a utilizar para prevenirla.

Datos de Dependencia: Plaquetopenia.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial alteración de deterioro hematológico relacionado con plaquetopenia debida al proceso séptico presente.

10.- DESCANSO Y SUEÑO

Datos de Independencia: Duerme.

Datos de Dependencia: No se observan.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial alteración de disfunción en el estado de alerta; relacionado con múltiples procesos invasivos, manifestado por irritabilidad.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Datos de Independencia: Duerme.

Datos de Dependencia: Irritabilidad.

Diagnóstico de enfermería: Las necesidades restantes no se ajustan a la edad de la paciente pediátrica por lo que sólo se hace una mención de éstas para corroborar la existencia del Modelo de Virginia Henderson; el cual fue de gran aportación en la elaboración del proceso.

- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de aprendizaje.

11.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR

Datos de Independencia: No se observan.

Datos de dependencia: Seleccionar ropa holgada y cómoda, vestirla de acuerdo a la edad y estación del año, para el óptimo confort del infante.⁷⁵⁷⁶

75 MORGAN. SPEER KATHLEEN: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PEDIARÍA"; TRADUCCIÓN DOCTORA. MARIA. JOSÉ COMESIAS GONZÁLEZ. EDICIONES DOYMA, S.A. 1993, PP.4,24-25,30-34
76 JUALL CAREPINITO LINDA. PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERÍA. MADRID ESPAÑA. EDITORIAL MAC GRAW HILL INTERAMERICANA. 1ª. EDICION. 1964. PAG. 69

3.1.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE LA PACIENTE

Necesidad de oxigenación

Diagnóstico de enfermería: potencial alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con un desequilibrio ácido base, alterado en el intercambio gaseoso, manifestado por disfunción respiratorio (alateo nasal, tiraje intercostal medio y bajo, retracción xifoidea).

Necesidad de hidratación

Diagnóstico de enfermería: Alteraciones de la perfusión tisular relacionado con deshidratación debido a déficit del volumen de líquidos, evidenciándose con palidez, sequedad de piel y mucosas, fontanela hundida, hundimiento ocular y sed intensa.

Necesidad de termoregulación

Diagnóstico de enfermería: Potencial riesgo de lesión sistémico; relacionado con hipertemia debido al proceso séptico que cursa, generando hipertermia de predominio nocturno, irritabilidad y rechazo al alimento.

Necesidad de protección de la piel

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la integridad cutánea, relacionado con la excreción del estoma debido a cuadro enteral activo, manifiesta por laceración en periferia de estoma.

Necesidad de Alimentación

Diagnóstico de enfermería: potencial riesgo del crecimiento y desarrollo relacionado con déficit mas ponderal, debido al cuadro enteral e hídrico presente propiciado por el rechazo al alimento, irritabilidad de la turgencia de la piel.

Necesidad de movilidad

Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la movilidad física, relacionado con laceraciones occipitales debido a la hipotonía muscular existente.

Necesidad de Eliminación

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la perfusión tisular renal, relacionado por un patrón inflamatorio; manifestado por modificaciones en los flujos urinarios.

Necesidad de comunicación (socioemocional)

Diagnóstico de enfermería: Alteraciones de la maternidad / paternidad relacionado con la ansiedad debido a la hospitalización de la infante.

Necesidad de descanso y sueño

Diagnóstico de enfermería: Potencial alteración de disfunción en el estado de alerta, relacionado con múltiples procesos invasivos, manifestado por excesiva irritabilidad y llanto.

Necesidad de evitar peligros

Diagnóstico de enfermería: Potencial alteración de deterioro hematológico, relacionado con plaquetopenia debida al proceso séptico presente.

Diagnóstico de enfermería: Potencial alteración de deterioro hematológico relacionado con bajos niveles de hematocrito y hemoglobina debida a la anemia carencial presente.⁷⁷

77 MORGAN. SPEER KATHLEEN; "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PEDIARÍA"; TRADUCCIÓN DOCTORA. MARIA. JOSÉ COMESIAS GONZÁLEZ, EDICIONES DOYMA, S.A. 1993, PP.4,24-25,30-34

PLAN
DE
ATENCION

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Oxigenación

Datos de Independencia: No se observan

Datos de Dependencia: No se observan

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con un desequilibrio ácido base debido a un déficit en la función respiratoria.

Objetivo: Mejorar el intercambio gaseoso, lo que se pondrá de manifiesto por la presencia de parámetros normales en sangre arterial.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<input type="checkbox"/> Tiraje intercostal medio y bajo. <input type="checkbox"/> Retracción xifoidea. <input type="checkbox"/> Regular entrada de aire. <input type="checkbox"/> Llenado capilar 2,3 seg.	<ul style="list-style-type: none"> • La detección precoz junto con el tratamiento inmediato asegura un intercambio de oxígeno óptimo. • El aleteo nasal y el tiraje pueden sugerir que el niño presente distrés respiratorio. • El establecimiento de determinados horarios limita la frecuencia de los medios de cuidados reduce el estrés del niño y su consumo de energía. • La percusión, vibración y el tratamiento postular aumentan la movilización de secreciones y disminuyen el riesgo de neumonía. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar al niño en una cuna térmica o en incubadora. ➤ Programar el horario de actividades. ➤ Fluidoterapia intravenosa y Bicarbonato sódico. ➤ Aspirar suavemente la orofaringe y las fosas nasales, según requerimientos, así como lubricar labios y boca. ➤ Dar una confortable posición. ➤ Notificar al médico cualquier modificación en el estado clínico del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para mantener la termorregulación. ➤ A fin de minimizar el estrés y ahorrar consumo de energía al niño. ➤ Valorar los controles seriados de los gases arteriales; corrigiendo la acidosis y mantener el balance electrolítico. ➤ Administrar oxígeno y realizar fisioterapia respiratoria; así como valorar la simetría de la expansión pulmonar. ➤ Una posición idónea favorece el intercambio gaseoso y proporciona tranquilidad al paciente. ➤ Es esencial mantener un control continuo del estado respiratorio del niño para evaluar una posible mejora o empeoramiento de la condición de salud del paciente. 	<p>Se reportan cifras normales gasométricamente.</p>

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Datos de Independencia: No se observan

Necesidad: Movilidad

Datos de Dependencia: Prescripción de cambios frecuentes de posición.

Diagnóstico de Enfermería: Trastorno de la movilidad física, relacionado con laceraciones occipitales debida a la hipotonía muscular existente.

Objetivo: Contribuir efectivamente al progreso de su desarrollo motoriz, durante la hospitalización del infante.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<input type="checkbox"/> Hipotonía muscular. <input type="checkbox"/> Laceraciones dérmicas en occipital.	<ul style="list-style-type: none"> • Dado que el tacto resulta esencial para un desarrollo normal, el niño requiere que lo toquen y lo cojan con frecuencia para poder realizar progresos en su desarrollo. • La música proporciona al niño estimulación auditiva. • Mover las extremidades ayuda a desarrollar el tono muscular y previene la atrofia muscular y las contracturas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estimular a los padres a tocar y coger al niño. ▶ Responder las interrogantes de los padres acerca del estado de su hijo. ▶ Mover suavemente las extremidades. ▶ Colocar una caja musical o cinta de cassette en la cuna del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prevenir la atrofia muscular y las contracturas. Manifiestar la afectividad de los padres, hacia el lactante. ▶ Disminuye su miedo y ansiedad, factores que pueden dañar la relación padres-hijos. ▶ Desarrollo del tono muscular. ▶ Desarrollo auditivo. 	<p>Se logra una óptima interacción con los padres, equipo de enfermería y paciente, para evitar complicaciones múltiples en área corporal y limitaciones que perturben su recuperación.</p>

• 79 Morgan. Opcit. p. 32

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Hidratación

Datos de Independencia: No se observan

Datos de Dependencia: Fontanela anterior hundida, sed intensa, hundimiento ocular, palidez, sequedad de piel y mucosas.

Diagnóstico de Enfermería: Alteraciones de la perfusión tisular relacionado con deshidratación debido a déficit del volumen de líquidos.

Objetivo: Combatir el déficit real a través de la hiperfusión.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<input type="checkbox"/> Fontanela anterior hundida. <input type="checkbox"/> Hundimiento ocular. <input type="checkbox"/> Palidez. <input type="checkbox"/> Sed intensa.	<ul style="list-style-type: none"> • Un niño tiene la cantidad más alta de agua por unidad de peso corporal. • Los líquidos corporales se separan en distintos espacios mediante membranas con permeabilidad selectiva. • La ósmosis es la principal fuerza por la que el agua se mueve hacia fuera y dentro de los espacios corporales por lo tanto, la concentración de solutos en los líquidos es un determinante importante del equilibrio de los líquidos corporales. • La mayor parte de los solutos en los líquidos corporales son electrolitos compuestos químicos que se disocian en iones. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar e instalar solución. Controlar cuidadosamente los aportes y pérdidas hídricas. Verificar niveles de electrolitos séricos. ➤ Cuantificar densidad urinaria y de osmolaridad. ➤ Registrar ingresos y egresos en el formato correspondiente. Realizar balance hídrico. Registro de T/A y llenado capilar. Cuantificar peso c/24 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La valoración temprana y la actuación profiláctica en los pacientes de riesgo pueden prevenir la aparición de un déficit real, predisponiendo al paciente a la hipovolemia. Valorar la existencia de situaciones que aumentan el riesgo de hipovolemia. ➤ La densidad de la orina y la osmolaridad aumentan a medida que los riñones intentan retener líquidos. ➤ Un registro veraz permite determinar los requerimientos hídricos del infante. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pautinamente se corrige el aporte hídrico y pérdida de estos; aproximadamente iguales, constantes vitales dentro de los límites normales. <input type="checkbox"/> Diuresis normal. <input type="checkbox"/> Balance hídrico positivo.

• 80 Campbell, Bate y Miquel Judith, Enfoque "Método Qué-Guicor, editorial Mosby/Diagra Utraco, México 1ª edición 1995, Pág. 24-25

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Termoregulación

Datos de Independencia: No se observan

Datos de Dependencia: Datos de dificultad respiratoria, caracterizado por Silverman de 2-3

Diagnóstico de Enfermería: Potencial riesgo de lesión sistémico, relacionado con hipotermia debido al proceso séptico que cursa.

Objetivo: Mantener curva térmica estable, (normotérmia) evitando así complicaciones.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alza térmica 40°C <input type="checkbox"/> Escalofríos, colapso hipotérmico. <input type="checkbox"/> Datos de dificultad respiratoria. <input type="checkbox"/> Caracterizado por Silverman de 2-3 (tiraje ++, alíctico nasal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Además de las barreras mecánicas y químicas de la piel y las mucosas, el cuerpo también produce ciertas sustancias antimicrobianas. Entre estas se encuentran el interferón, el complemento y la properdina. • Las prostaglandinas ajustan al termostato hipotalámico a una temperatura mayor y los mecanismos reflejos de regulación de la temperatura empieza a actuar para llevar la temperatura corporal central hasta el nuevo nivel ajustado. • Como al inicio la temperatura corporal permanece alta, los mecanismos de pérdida de calor (vasodilatación y sudación) entran en operación para disminuir la temperatura corporal. • La fiebre también se puede reducir con el enfriamiento periférico mediante compresas frías. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Cuantificación de esta. Registros correspondientes. ➢ Controlar por medios físicos. ➢ En caso de no ceder, aplicar terapéutica medicamentosa (antipiréticos). Manejo antimicrobiano. ➢ Solicitud de policlivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ La temperatura corporal alta inhibe el crecimiento de ciertos microbios y acelera las reacciones del cuerpo para la solución del problema. ➢ Evitar complicaciones (deshidratación, acidosis, y daño cerebral permanente). ➢ La causa más frecuente de fiebre es la infección por bacterias (y toxinas) y virus. ➢ La fiebre es la temperatura corporal elevada en forma anómala. 	<p>Mejoría en los índices de infección, se cambia antimicrobianos se inicia metronidazol.</p> <p>Inició antimicrotico ya que se presento en copro cultivo. presencia de candida albicas 10 días de tratamiento.</p>

• 81 Tortosa, Canal J. "Principios de Anatomía Y Fisiología". Augmentatos, Nicolás P. sexta edición. Editorial Ilum. Marino 1993, pp. 1022-1023

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Alimentación

Datos de Dependencia: Gasto fecal (amarillo grumoso), no distensión, buena tolerancia a la vo. incremento ponderal.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial riesgo del crecimiento y desarrollo relacionado con déficit masa ponderal, debido al cuadro enteral e hidrico.

Objetivo: Proporcionar una nutrición adecuada en base a los requerimientos del infante.

Datos de Independencia: No se observan

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<p>Ha comenzado a gastar el estoma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el tubo gastrointestinal se inicia la nutrición mediante la absorción de nutrimentos que ingresan del medio externo. • En condiciones normales, todos los nutrimentos incluidos agua y sodio, se absorben por medio del intestino delgado, se le considera como un epitelio rezumante, pues a través de la vía paracelular pasa casi libremente el agua por difusión. • Suministrar la energía química que el organismo transforma en energía metabólica para su funcionamiento. • Equilibrio nutritivo. Es el resultado de la relación entre la cantidad de nutrimentos con que se dota a los tejidos y las cantidades que necesitan para funcionar en forma armónica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar técnica estéril al colocar sonda e introducir el alimento, con técnica residual. ➤ Proporcionar leche materna a media dilución y de acuerdo a los requerimientos hidricos del niño. Toma de perimetro prepandrial y pospandrial. Reparar el número de biberones que se administrarán en 24 hrs. Peso cada 24 horas. ➤ Realizar registros correspondientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La vida se mantiene por el intercambio continuo de sustancias y la constante transformación de energía, así, para alcanzar y conservar un estado nutricional adecuado es indispensable que la dieta satisfaga las necesidades del individuo. ➤ Establecer horarios de alimentación. El control del peso e ingesta del niño, así como las pérdidas de peso, permite una evaluación directa de su estado nutricional. ➤ Los registros proporcionan confiabilidad en la acción. 	<p>Tolerancia al 100% la vía oral, conservando el perimetro abdominal, evacuaciones a través del estoma el cual se encuentra funcional.</p>

• 82 Tortora, Opelt, pp. 911-944

• 83 Juill Cupertin Lynda, Pines de cuidados y documentación en enfermería, Madrid España, Editorial Mc Graw Hill, Interamericana, primera edición

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Eliminación

Datos de Independencia: No se observan

Datos de Dependencia: Balance hídrico +29 ml., Diuresis elevada 8.8 ml/kg/hrs.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la perfusión tisular renal, relacionado por un patrón inflamatorio debido a modificaciones en los flujos urinarios.

Objetivo: Ajustar la filtración glomerular, para lograr la homeostasia corporal en tan relevante sistema.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de patrón inflamatorio a nivel renal. 	<ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa, existe disminución en el índice de filtración glomerular y aumento en los niveles sanguíneos de desechos nitrogenados y creatinina. • El agua casi forma el 99% del volumen total de orina, el 5% restante está formado por solutos que se derivan del metabolismo celular y de fuentes externas como medicamentos. • La densidad específica es la relación entre el peso del volumen de una sustancia con el peso de un volumen igual de agua destilada. • La densidad de la orina depende de la cantidad de materiales sólidos en solución y varía de 100% a 103.5 en la orina normal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participar extrayendo las muestras de laboratorio. ➤ Realizar Labstix en orina. Efectuar balance hídrico. ➤ Verificar resultados - Control de electrolitos sericos - Depuración de creatinina - Parámetros urinarios y sericos de urea. ➤ Vigilancia estrecha. (T/A) ➤ Recabar exámenes de laboratorio e informándose de los resultados obtenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar complicaciones. ➤ Control de azoados. ➤ Pruebas de funcionamiento renal - El labstix determina el pH (4.6 y 8). ➤ Evaluar la presencia de patología renal. ➤ Verificar Basalidad renal. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Uresis adecuada <input type="checkbox"/> Balance (+) <input type="checkbox"/> Cifras de BUN normales. <input type="checkbox"/> Flujos urinarios dentro de la normalidad.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Protección de la piel

Datos de Independencia: No se observan

Datos de Dependencia: Evacuaciones líquidas con moco y fétidas, antes de iniciar la ingesta y aceptación de ésta.
 Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la integridad cutánea, relacionado con la excreción del estoma debida a cuadro enteral.
 Objetivo: Mantener la integridad cutánea en la ostomía y periferia de ésta.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
Laceración en periferia de estoma.	<ul style="list-style-type: none"> La excreción de las ostomías irita a la piel de diferente forma. La utilización de bolsas de ostomía que ajusten correctamente, así como la aplicación de un protector cutáneo, protege la piel de los efectos caústicos de los heces. Cambiar los pañales sin colocar previamente una bolsa suele dar lugar a pérdida de la integridad cutánea. 	<p>► Cuantificar gasto fecal. Reportar características y balance hídrico. Colocación de bolsa para ostomía (equipo de una sola pieza). Restablecer pérdidas con solución Hartmann. Vigilar coloración del estoma.</p> <p>► Selección y utilización del equipo adecuado. Protección de la piel periestomal.</p> <p>Si la piel presenta irregularidades, (surcos, pliegues, cicatrices) deberán rellenarse estas con pastas de carboximetil celulosa sódica para prevenir complicaciones.</p>	<p>► No es posible atender adecuadamente a un paciente con estoma, si no contamos con el equipo y los accesorios adecuados para la recogida de las excreciones del ostomizado.</p> <p>► El equipo deberá ajustarse apropiadamente al estoma, es decir que se adhieran a la piel y que puedan recortarse al tamaño y forma del estoma.</p>	<p>Se logra restablecer la integridad dérmica de periferia de estoma.</p>

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Evitar peligros.

Datos de Dependencia: Anemia.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial alteración de deterioro hematológico relacionado con bajos niveles de hematócrito y hemoglobina debido a la anemia crónica presente.

Objetivo: Obtener niveles basales en hemoglobina y hematócrito para la pronta recuperación de la paciente.

Datos de Independencia: la familia conoce las vías de contaminación y las medidas a utilizar para prevenirla.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Hipoactividad <input type="checkbox"/> Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento de los valores normales es fundamental en el diagnóstico de los trastornos hemáticos en la lactancia. • La terapéutica con transfusiones se reserva para la niña que presenta niveles de hemoglobina extremadamente bajos, estando al borde de la ICC o padeciendo una infección aguda grave. • La sangre entera envasada se debe emplear administrándola lentamente, en dosis que no excedan de 10 ml/kg. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar datos del paciente, así como grupo factor y unidad correspondiente. ➤ Ambientar el paquete. ➤ Efectuar técnica estéril durante la transfusión (al paquete globular y al paciente). ➤ Administración en un lapso correspondiente; no excediendo de las dos horas a su administración. ➤ Verificar constantes vitales. ➤ Registrar cantidad e incidentes. ➤ Dar cuidados posteriores al paquete concluido. 	<p>➤ Tratamiento específico de restitución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reporte normal de laboratorio. <input type="checkbox"/> Determinación de hemoglobina y hematócrito.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Evitar peligros

Datos de Dependencia: Plaquetopenia
 Datos de Independencia: la familia conoce las vías de contaminación y las medidas a utilizar para prevenirla.

Datos de Dependencia: Plaquetopenia

Diagnóstico de Enfermería: Potencial alteración de dengero hematológico relacionado con plaquetomia debida al proceso séptico presente.

Objetivo: Obtener cuenta de plaquetas en límites normales. Evitar complicaciones. Frenar la CIV y el consumo de las pruebas básicas.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> • La cuenta de plaquetas informa acerca de la formación de éstas, es decir la plaquetopenia puede deberse a falta de producción por infección, desnutrición o secuestro y destrucción como en la CID. • Al eliminar el poudamiento desencadenante se detiene la coagulación de la sangre en los vasos, la formación de trombos y el consumo de factores, es decir, se facilita la corrección espontanea de las alteraciones hematológicas. • Los crioprecipitados proporcionan (fibrinogeno (7200 mg. por unidad) y factor VII (71000 por cada bolsa)). La dosis usual es de 0.20 / kg. Las plaquetas IV de concentrado de plaquetas por C/5 kg. de peso Co.20/kg.) hasta alcanzar cifras mayores de 50000 plaquetas / mm³. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar una eficiente terapéutica a través de nuestros cuidados. (Administrar correctamente los medicamentos, compensar la acidosis). ➤ Al administrar plaquetas y crioprecipitados, corroborar datos del paciente emplear técnica estéril y hacer anotaciones correspondientes. ➤ Registrar constantes vitales. ➤ Estar al pendiente de la toma de productos químicos y resultados de laboratorio. 	<p>➤ Los lactantes que ingresan con deshidratación, choque hipovolémico grave y acidosis metabólica relacionadas con septicemia, reúnen muchos factores desencadenantes de la CID.</p>	<p>Policultivos negativos y mejoraron cifras de plaquetas.</p>

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Socioemocional (comunicación)

Datos de Dependencia: No se observan

Diagnóstico de Enfermería: Alteraciones de la maternidad/paternidad relacionado con la ansiedad debida a la hospitalización de la infante.

Objetivo:

Datos de Independencia: Óptima armonización familiar.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manifesta irritabilidad al cuidado. <input type="checkbox"/> Deficiente desarrollo motor. 	<ul style="list-style-type: none"> • El apoyo continuo de una familia que le críe es vital para el niño en todas las etapas de su desarrollo, pero cuando hay deprivación social y emocional dentro de los primeros años de vida, puede haber secuelas psicológicas y cognitivas. • Los padres deben comprender la naturaleza y gravedad de la situación del niño para favorecer el cumplimiento del tratamiento y valorar los progresos. • La comprensión de la causa de la enfermedad del niño ayuda a los padres a recuperar la sensación de control de la situación. • dado que el tacto resulta esencial para un desarrollo normal, el niño necesita que lo toquen y lo cojan con frecuencia para poder realizar progresos en su desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar verazmente la condición actual de salud del infante. ➤ Estimular a los padres a tocar al infante. ➤ Dar confianza y seguridad a los padres. Llamarle al niño por su nombre durante el cuidado otorgado. ➤ Explicaciones a cerca del proceso médico, los procedimientos y el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el estado emocional del infante y familia. ➤ Evolución del crecimiento y desarrollo. ➤ Favorecer la comunicación interfamiliar incluyendo al paciente y personal de salud. ➤ Favorecer la recuperación de salud del paciente. 	<p>Se disminuye la ansiedad familiar logrando interactuar armoniosamente con nuestro paciente, la evolución paulatina pero efectiva.</p>

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Descanso y Sueño.

Datos de Independencia: Duerme.

Datos de Dependencia: Irritabilidad.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial alteración de disfunción en el estado de alerta, relacionado con múltiples procesos invasivos, manifestado por irritabilidad y llanto.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
Irritabilidad Llanto al manipuleo	<ul style="list-style-type: none"> • Los lactantes deben dormir promedio 18 a 20 hrs., diarias. • Durante el sueño se modifica mucho la distribución de la sangre en el cuerpo. • Los vasos sanguíneos que se encuentran cerca de la piel se dilatan ligeramente y permiten la afluencia de un flujo mayor de sangre. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contribuir al tratamiento terapéutico específico, para la óptima recuperación del infante. ➤ Proporcionarle confort al infante. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprobable pronóstico de su tratamiento Requerimiento de sueño. ➤ Confort en el lactante. 	Se observa tranquilidad.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Terapéutica antimicrobiana.

Datos de Independencia: No se observan.

Datos de Dependencia: Alteraciones de la cuenta leucocitaria

Diagnóstico de Enfermería: Potencial alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con evidentes índices de infección, manifestado por leucocitosis.

Objetivo: Eliminar el agente etiológico e índices de infección. Remitir el proceso séptico mediante la aplicación estricta de la antibioterapia.

Manifestaciones Clínicas	Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Hipocitividad <input type="checkbox"/> Rechazo al alimento <input type="checkbox"/> Alteraciones en la cuenta leucocitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • las dosis terapéuticas suelen basarse en el peso o área de superficie corporal del niño. • La absorción del fármaco se transfiere desde el punto de entrada a los líquidos circulantes en el organismo. • La absorción depende de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Administración, solubilidad del fármaco, influencia del pH, condiciones locales del punto de administración, la dosis o concentración y el recubrimiento entérico. • La distribución se transfiere hasta los lugares de acción, metabolismo y excreción. • La excreción de los fármacos, tanto los metabolizados, abandonan el organismo a través de vías diversas. • La biotransformación del fármaco se metaboliza habitualmente en el hígado, allí se convierte en productos que generalmente son menos activos y más fácilmente excretables. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar al paciente (comprobar sus datos). ➤ Verificar la dosis, vía y horario del fármaco a suministrar. ➤ Comunicar cualquier reacción alérgica. ➤ Verificar resultados de los niveles terapéuticos sanguíneos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La ministración de fármacos es una responsabilidad crucial. ➤ Verificar resultados de policultivos. ➤ Cumplir estrictamente con el manejo antibiociénico. ➤ Registrar la terapéutica empleada en formato correspondiente (hoja de enfermería). 	<p>Se egresa con cifras normales de laboratorio y cuadro clínico en remisión.</p>

• 90 BAILY, Reffensperger Ellen, LLOYD, Zusy Mary, "Consultor de Enfermería Clínica" Centrum Tomo 2, 1997. págs. 579-582, 584

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Soporte de aminos (dopamina 16mg aforados en 24ml de sol. glucosa 5% p/24 hrs.
 Objetivo: Llevar al paciente a un estado fisiológico lo más cercano a la normalidad antes de que surgan complicaciones (alteraciones homeostáticas irreversibles).

Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Estimula los receptores beta cardiacos. • Estimula la contractilidad y el gasto cardiaco. • Disminuye el flujo a los lechos vasculares periféricos y aumenta el flujo mesentérico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verificar siempre permeabilidad de vena periférica o funcionalidad de catéter. ➤ Vigilar tensión, arterial, diuresis y gasto cardiaco. ➤ Verificar la funcionalidad de la bomba de infusión. - Ministrarse a través de una llave de tres vías - No mezclarse con soluciones glucoalcalinizantes, aminofilina, ropentol y vasopresina. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La infiltración de la solución produce daño endotelial. ➤ Genera estimulación dopaminérgica. ➤ Se da soporte de dopamina por encontrarse el paciente en estado de sepsis o hiperemia. - La dopamina debe interrumpirse de forma gradual. 	<p>Se aumenta el flujo sanguíneo. Flujos altos por lo que se suspende</p>

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Soprote de aminos (dobutamina, 34mg aforados en 24ml de sol. glucosa 5% pasar 1ml x hora)

Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación BI: aumento automatizada. • Aumenta la contractilidad miocárdica y el gasto cardíaco. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verificar el óptimo funcionamiento de la Bomba de perfusión. Vigilar la aparición de signos de insuficiencia cardíaca. ➤ Incompatible con HCO₃, vasopresina y metronidazol. - Vigilar efectos colaterales (disritmia ventricular). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiene poco efecto sobre Fc y T/A. - Empleo de un método adecuado para mezclar la dobutamina evitará errores. ➤ La mezcla errónea de sustancias químicas, impide el efecto deseado en nuestro paciente. 	Se aumenta el gasto cardíaco.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Flucanazol 6mg vo c/24 hrs.

Objetivo: Combatir el agente causal, empleando la terapéutica idónea, y así poder obtener negatividad en coprocultivo.

Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • La candida albicans la única que generalmente origina candidiasis en niños • Esta levadura no es un miembro de la flora cutánea normal, pero con frecuencia transita la piel, pudiendo colonizar el tracto gastrointestinal humano como germen saprofito. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Efectuar muestras de heces para indagar agente causal. <input type="checkbox"/> Ministración de fármaco, horario y lapso establecido. <input type="checkbox"/> Corroborar nuevo coprocultivo, para verificar negatividad. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cultivo de evacuación presencia de candida albicans. <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico; durante 10 días. <input type="checkbox"/> Se confirma negatividad en heces. 	<p>Coprocultivo negativo.</p>

- 92 NELSON, Behrman. M.D. Richard. E. Vaughan. III, M.D. Victor. G., "Tratado de Pediatría", Interamericana; Novena edición. México. D.F. 1988, págs. 1786-1797.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Reponer gasto de estoma

Objetivo: Proporcionar los aportes electrolíticos y mantener el volumen circulante mediante la reposición de pérdidas volumen a volumen.

Fundamentación Científica	Intervención de Enfermería	Justificación de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • La mayor parte de la absorción hídrica se presenta sobre todo el intestino delgado, el intestino grueso absorbe de tal forma que puede convertirse en órgano importante para mantener el balance hídrico del cuerpo. • De los 0.5 a 1.0 litros que entran al intestino grueso, se absorben 100 mililitros. • La absorción es mayor en el ciego y en el colon ascendente. • El intestino grueso también absorbe electrolitos, incluyendo sodio, cloro y algunas vitaminas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reponer gasto con solución mixta al 7.5% c/4 horas. - Anotar cantidad y características de lo drenado. ➤ Realizar el balance hídrico. ➤ Observar datos de deshidratación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener el volumen circulante. - Proporcionar los aportes electrolíticos. ➤ Evitar deshidratación. ➤ Evaluación de la curva ponderal. 	<p>Balance de líquidos positivo.</p>

3.1.5. PLAN DE ALTA

Objetivo:

Adiestrar a los padres para el cuidado de la infante en casa.

Fecha de ingreso:

26/04/98

Fecha de egreso:

7/05/98

1. Comprobar con los padres del niño la forma de ministración de los fármacos en el domicilio.
2. Adiestramiento a la madre en la preparación de Karaya, bolsa; así como colocación de estas.
3. Interconsulta al departamento de psicología (apoyo emocional a la familia).
4. Orientar sobre el cuadro básico de vacunación higiene y alimentación.
5. Medidas de protección y seguridad (evitar accidentes).
6. Orientar sobre signos de deshidratación.
7. Orientar y enfatizar la importancia de las citas periódicas de control del niño sano.
8. Decirle que es vital el cierre de su ostomía, siendo el objetivo esencial en su padecimiento.

HIGIENE GENERAL DEL NIÑO

BAÑO:

Se recomienda realizarlo diariamente, de preferencia al atardecer o en la noche y antes de la toma del alimento.

La bañera deberá mantenerse en perfectas condiciones de higiene, el jabón, la esponja y demás objetos deben dedicarse para uso exclusivo del niño.

Las características fundamentales que se tendrán en cuenta son:

- a) Debe de ser breve (5 a 7 minutos)
- b) La temperatura del agua 37°C
- c) No producir enfriamientos

SUEÑO:

El lactante tiene una necesidad muy grande de dormir, tanto más cuanto más pequeño es. Precisa saber esto y conviene que desde el nacimiento, habituemos al niño a sus horas de sueño, enseguida se presenta un esquema con las horas de sueño que debe tener el ser humano, según su edad:

EDAD	No. DE HORAS
Nacimiento a 30 días	22
3 o días a 6 meses	20
6 a 12 meses	16
1 a 2 años	14
2 a 6 años	12
6 a 15 años	9 a 10
Más de 15 años	8 a 9

VESTIDO:

Será adecuado a la edad del niño y a la época del año; el pañal deberá ser suficientemente grueso de tal manera que permita cambiar al niño antes de cada toma de alimento, no se envolverá al niño con sarapes que impidan sus movimientos, ni se recomienda usar: fajero, alfileres, gorro, guantes, etc.; por ser inadecuados o molestos para el lactante.

ABLACTACIÓN:

Es la incorporación de alimentos no lácteos en la alimentación del lactante, ver el esquema:

1 a 2 meses:	jugos de naranja o de jitomate
2 a 3 meses:	puré de frutas
3 a 4 meses:	puré de legumbres, sopa de pasta, cereal precocido
4 a 5 meses:	puré de verduras, hígado
5 a 6 meses:	papillas con carnes, jamón, pollo
6 a 9 meses:	pan duro y galleta dura, iniciar desayunos, comida y cena
9 a 12 meses:	desayuno, comida y cena, tortilla.

VACUNA:

Es un preparado que contiene antígenos, es decir, microorganismos vivos y atenuados, microorganismos muertos o sus toxinas.

CALENDARIO DE VACUNACIÓN**Difteria****Perlussis****Tétanos****Polio****Sarampión****Rubéola****Paperas**

Si el niño tiene dos meses de edad:

2 meses	+	+			
4 meses	+	+			
6 meses	+	+	(opcional)		
15 meses			+	+	+
18 meses	+	+			
4 a 6 años	+	+			

Si el niño tiene entre uno y cinco años.

Primera visita, Difteria, tétanos, (DPT), polio.

1 mes después de la primera visita sarampión, rubéola, paperas.

2 meses después de la primera visita difteria, perulis, tétanos, polio.

4 meses después de la primera (DPT), polio (opcional).

10 a 16 meses después de la primera (DPT), polio

Si el niño tiene seis años o más.

Primera visita, tétanos, difteria, (TD), polio.

1 mes después de la primera visita, sarampión, rubéola, paperas.

2 meses después de la primera visita, tétanos, difteria, (TD), polio.

8 a 14 meses después de primera visita, tétanos, difteria, (TD), polio.

Notas:

Las vacunaciones del sarampión, rubéola y paperas, pueden administrarse combinadas a los 15 meses de edad, en inyección única, los niños deben recibir una sexta inyección del tétano, difteria a los 14-16 años de la edad.

El calendario puede variar con respecto a la aquí expuesta. El primero de los esquemas muestra las vacunaciones que los niños de entre uno y cinco años recibirán después de su primera visita al médico y siguientes. El segundo esquema se recomienda para niños de seis o más años más no se administra de forma rutinaria antes de los 15 meses de edad.⁹⁴

⁹⁴ Baily, Reffensperger Ellen, Lloyd, Zusy Mary. Consultor de Enfermería Clínica Centrum. Tomo 2. 1997. págs. 5,42

RIESGO DE ASFIXIA Y CAIDAS

Los niños están expuestos con frecuencia a múltiples factores ambientales que entrañan un elevado riesgo de asfixia accidental y que, cuando se tiene en cuenta, pueden ser prevenidos mediante medidas muy sencillas.

- a) Permanecer con el niño en bañeras, estanques o piscinas no dejarlos solos.
- b) Colocar barandajes en la cuna del infante.
- c) Evitar ingerir comida y bebidas contaminadas.

Los signos de deshidratación pueden ser:

- a) Piel moteada con extremidades frías.
- b) Pobre turgencia de la piel (valorada mediante el pellizcamiento de la piel del abdomen y observando si se mantiene elevada durante unos segundos).
- c) Sequedad de las membranas mucosas con líneas longitudinales en la lengua.
- d) Depresión de los glóbulos oculares y la fontanela anterior.
- e) Llanto sin lágrimas.
- f) Intensa sed.
- g) Irritabilidad.⁹⁵

95 Enciclopedia de la enfermería "Fundamentos - Técnicas" tomo I Océano/Centrum pág. 32

Preparación de Karaya:

Para la preparación se requiere:

Karaya -- 4 cucharadas soperas.

Glicerina -- Una cucharada soperas.

Benjui -- 5 gotas.

Todo ello se mezcla; obteniendo una consistencia chiclosa y se deposita en el plástico formando círculos con éste preparado y esperando su secado para su uso requerido. Se adiestra a la madre un día antes del alta de la infante.

ESQUEMA DE INSTRUMENTOS Y COMETIDOS

Lactancia. Periodo de la vida que comienza con el nacimiento del individuo y va seguido de la aparición de la capacidad para la comunicación mediante el habla, por ejemplo, cuando el niño emplea las palabras mamá y papá en relación madre - hijo (0-1 ½ años).

INSTRUMENTOS

1. El llanto y las otras vocalizaciones del habla son poderosos instrumentos a disposición del lactante para poner en conocimiento de los adultos sus sentimientos y/o necesidades, comunicándose de este modo con ellos.

COMETIDOS

1. Aprender a contar con los demás para gratificar sus necesidades y satisfacer sus deseos.
 - a) Luchando para expresar sus necesidades.
 - b) Aceptando lo que se le da con un sentimiento de comodidad.

2. La boca es el instrumento para tomar (succionando), cortar (mordiéndolo), expulsar (escupiendo) y sujetar objetos (metiéndolos en la boca o chupando) introducidos por otros en la situación.
 3. La respuesta satisfactoria se produce cuando se satisfacen las necesidades biológicas del lactante y cuando el sentimiento mutuo de comodidad y plenitud se va incrementando por ambos. Esto lo emplean los lactantes como instrumentos en relaciones futuras.
 - Las necesidades del lactante son alimentación, cuidado y comodidad. Las necesidades de la madre consisten en proporcionarlos a su hijo afectuosamente.
 4. La observación empática es la capacidad que surge en el lactante que le permite percibir los sentimientos de los demás como si fueran suyos en una situación.
 5. La invención autista es un estado primario no socializado de actividad simbólica que hace que el lactante sienta que controla todo lo que ve. Es un instrumento mediante el cual el lactante percibe su ambiente de una manera altamente personal.
 6. Los experimentos, la exploración y la manipulación son instrumentos que los lactantes usan para familiarizarse consigo mismos. Estas actividades están dirigidas a lograr que el ambiente sea más familiar y menos amenazante al emplear la boca, los ojos, los brazos y las piernas para alcanzar, sujetar, golpear, sentir, indagar, jugar, etc. La masturbación puede comenzar como una exploración del cuerpo. Puede presentarse ansiedad e invención autista – se convierte en hábito cuando se busca la comodidad por medio de uno mismo.
- c) Reconociendo los objetos del ambiente externo, por ejemplo, las personas y las cosas allegadas.
 - d) Dirigiendo la expresión emocional para indicar necesidades y deseos.
 - e) Comenzando a verse así mismo como distinto de los demás.

7. Las reacciones de urgencia surgen en respuesta a situaciones percibidas por el lactante como amenazantes porque conducen al refuerzo de sentimientos de indefensión e impotencia. El lactante responde llorando, aumentando la actividad motora o con apatía. Los patrones de comportamiento surgen para comunicar un mayor esfuerzo a fin de obtener ayuda mediante un incremento de la lucha o una mayor dependencia. El lactante responde con:

- a) Temor provocado mediante eventos externos como un sonido fuerte y brusco, movimientos bruscos, (caída) o cambios de situación bruscos.
- b) Enfado provocado por obstáculos externos que limitan los esfuerzos de expresión.
- c) Ansiedad es el mejor malestar sentido en la lactancia que después se conoce como ansiedad. Se intensifica cuando el lactante está en contacto con la madre o una sustituta de ésta que está tensa generalmente intranquila. La ansiedad se comunica entre las personas en relación con acontecimientos internos que pueden estar alejados de su percepción, por ejemplo:
 - Una persona ansiosa puede hacer que otra sienta ansiedad.
 - Un individuo puede ponerse ansioso si se preocupa por una imagen ilusoria que hace que esté ansioso.⁵⁶

CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería en general con sus diversas etapas nos permite poseer una sistematización, existiendo una interacción entre cada una de éstas; siendo un proceso dinámico en la asistencia directa al paciente; logrando un resultado óptimo para integrarlo a su núcleo familiar y productividad individual.

En especial para la identificación de toda la problemática de salud a la que se enfrenta el individuo; no solo desde una dimensión física o biológica sino también desde una perspectiva psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

El proceso de atención se encuentra basado en un conjunto de conocimientos que nos informan sobre la vida de los hombres, sus creencias, hábitos de vida en familia, escuela y trabajo. Logrando identificar a qué tecnología y terapéutica hay que recurrir como equipo multidisciplinario; recordando el valor relevante de lo que es la ejecución y evaluación sobre el cuidado que la enfermera proporciona; no olvidando sus instrumentos científicos de trabajo.

La enfermera es esencial en la atención del cuidado que proporciona; ya que este se encuentra fundamentado en modelos establecidos y aplicados; con una exigencia técnica y metodológica que permite su actuar en las diversas especialidades que existen en el área médica demandando está un profesionalismo total para ser aplicada con nuestra población infantil.

Como es sabido el Proceso de Atención se desarrolla en Pediatría; que como dice Virginia Henderson: es básica la conciencia ejecutada en la atención infantil ya que de nosotros depende la satisfacción de los requerimientos de Salud que el paciente demande, para su recuperación total; de tal manera que esta población será la que nos reemplace en el futuro caminar de la existencia.

Hoy día la Enfermera en sus trabajos de investigación y procesos de atención; determina sus diagnósticos en base a la NANDA; los cuales nos permiten tener más independencia en la profesión de enfermería, emitiéndolos con una fundamentación científica y referencias totalmente documentadas.

En las altas hospitalarias (Egresos).

La recuperación de la salud de nuestros infantes; incrementa la motivación en el cuidado, fortaleciendo el profesionalismo y la autogratificación sentida a su egreso, así como evocando el inmenso compromiso que se tiene con ellos y el entorno multidisciplinario.

Actualmente la enfermera desarrolla por sí misma sus facultades para con los pacientes de cualquier clase de padecimiento; gracias al nivel educativo que posee la enfermería como profesión.

SUGERENCIAS

- Que se exija la actualización continua de temas en la atención de los pacientes y cultura en general, no como una invitación; si no como un requerimiento institucional que nos avale el profesionalismo que posee la enfermería.
- Que se supervise que lo aprendido efectivamente se realice en la atención a los pacientes, para que ellos, familiares y equipo multidisciplinario se percaten y aprueben la calidad de atención proporcionada.
- Que las instituciones educativas les den prioridad a los programas académicos vinculados al proceso de atención de enfermería; permitiendo con ello que las futuras enfermeras ejecuten al máximo su profesionalismo en la atención de la población a la que proporcione el cuidado.
- Motivar a las nuevas y actuales generaciones de enfermería a investigar, adoptar y ejecutar innovaciones en el que hacer de la asistencia comunitaria, segundo y tercer nivel en beneficio absoluto de nuestra población que lo demande, estableciendo prioridades en la ejecución de lo que se pretenda realizar.
- Apoyo institucional englobando todos los aspectos requeridos (económicos, de tiempo, políticos y éticos - jurídicos); para la factibilidad de las sugerencias antes mencionadas, incluyendo nivelación salarial, para que también la enfermera se sienta segura y evidencie el gran potencial que posee como enfermera profesional y mujer.

ANEXO I

INMUNIDAD CELULAR Y HUMORAL

La inmunidad celular es particularmente efectiva en contra de los hongos, parásitos, infecciones virales intracelulares, células cancerosas y transplantes de tejidos extraños.

La inmunidad humoral es particularmente efectiva en contra de las infecciones bacterianas y virales, el cuerpo produce anticuerpos circulantes que son capaces de atacar a su agente invasor.

Ambas son producto del tejido linfoide del cuerpo, éste se localiza en los ganglios linfáticos, pero también se encuentra en el bazo, aparato digestivo y en menor cantidad en la médula ósea.

El tejido linfoide consiste principalmente de linfocitos que se distinguen de dos tipos Y.

Las células T son responsables de la inmunidad celular. Las células B se desarrollan en células especializadas (células plasmáticas) que producen anticuerpos y brindan inmunidad humoral.⁹⁷

EL nombre de células T se deriva del proceso que se presenta en el timo. El timo de alguna forma confiere algo que se denomina competencia inmunológica de las células T.

97 Tortora, Gerard, J. Anagnostakos, Nicholas P. "principios de anatomía y fisiología". 6ª. Edición, editorial Karla, México, D.F. 1993. p. 827

Esto significa que puede desarrollar la capacidad para diferenciarse en células que realizan reacciones inmunes específicas. La competencia inmunológica está concebida por el timo después del nacimiento y durante varios meses después del mismo.

RESPUESTAS DE LA CÉLULA T

Las respuestas de la célula T varían en gran medida dependiendo de la capacidad celular para reconocer los antígenos específicos, está basado en parte con el ajuste específico que existe entre los sitios determinantes antígenos de los antígenos y las porciones variables de los anticuerpos.

Un macrófago, un fagocito derivado de un monocito; participan en funciones vitales de las células T..

los macrófagos sirven como células procesadoras de antígenos en los que procesan y presentan los antígenos a las células T.

El procesamiento se presenta cuando los macrófagos fagocitan a los antígenos; como parte de la fagocitosis, los antígenos se digieren en los fagolisosomas. En la parte fase de presentación, los antígenos parcialmente digeridos se presentan en la superficie del macrófago y se presentan a las células T para sus reconocimiento. Sin embargo, antes de que el reconocimiento pueda ocurrir los antígenos deben presentarse junto con los, antígenos HLA denominados antígenos de histocompatibilidad.

Durante el proceso y la presentación del antígeno, los macrófagos secretan linfocitos (citocinas), factores de crecimiento que participan en la respuesta inmune.

Estas linfocinas son la interleucina 1 (IL-1) e interferones que estimulan el crecimiento de las células T.

En las células T citotóxicas pueden destruir a los antígenos directamente por la liberación de la infotoxian e indirectamente por la secreción de otras linfocinas que reclutan linfocitos adicionales, atraen macrófagos, intensifican la fagocitosis de los macrófagos y evitan que los macrófagos emigren alejándose del sitio de la infección e inducen una división de los linfocitos no sensibilizados.⁹⁸

CÉLULAS B

Se diferencian en células llamadas células plasmáticas que producen anticuerpos específicos que pueden entonces circular en la linfa y en la sangre para alcanzar el sitio de la invasión. En presencia de un antígeno extraño, las células B específicas para los antígenos en los ganglios linfáticos, el bazo, tejido linfoide y digestivo se activan y estimulan para diferenciarse en células plasmáticas productoras de anticuerpos. Los diferentes antígenos estimulan a las diferentes células B para desarrollarse en células plasmáticas y a sus acompañantes las células B de una clona particular son capaces de secretar sólo un tipo de anticuerpos.

Los anticuerpos producidos por las células B entran a la circulación y forman complejos antígenos - anticuerpos, con los antígenos extraños. Estos anticuerpos activan a las enzimas del complemento para atacar y fijar el complemento a la superficie de los antígenos.

FAGOCITOSIS

En términos muy simples, fagocitosis (Phagein=comer, cito= célula), significa ingestión y destrucción de los microorganismos o de cualquier partícula extraña llevada a cabo por las células, lo cual es típico de ciertos leucocitos y células derivadas de ellos; siendo una resistencia no específica de la sangre.

Los tipos de fagocitos que participan en la fagocitosis se dividen en dos grandes categorías: granulocitos (microfagos) y macrófagos. Los primeros varían con relación al grado en el que participan como fagocitos. Los neutrófilos tienen la actividad fagocítica más prominente. Se cree que los eosinófilos tienen cierta capacidad fagocítica y el papel de los basófilos en la fagocitosis se encuentra todavía en debate.

Cuando se presenta una infección, los granulocitos, (en especial los neutrófilos) y los monocitos migran al área infectada. Durante esta migración los monocitos aumentan y se desarrollan como células activamente fagocíticas que se denominan macrófagos.

Puesto que estas células abandonan la sangre de macrófagos de vigilancia. Algunos de los macrófagos, denominados macrófagos fijos, pertenecen en ciertos tejidos y órganos del cuerpo.⁹⁹

FASES

La fagocitosis se divide en cuatro fases: quimiotaxis, adherencia, ingestión y digestión.

Quimiotaxis:

Es la atracción química de los fagocitos con los microorganismos. Entre los químicos quimiotácticos que atraen a los fagocitos están los productos microbianos componentes de los leucocitos y células tisulares dañadas así como las sustancias químicas derivadas del complemento.

Adherencia:

Es la unión de la membrana celular de un fagocito a la superficie de un microorganismo u otro material extraño. Los microorganismos pueden fagocitarse de manera más sencilla si se les envuelve primero con ciertas proteínas plasmáticas (complemento) que favorecen la unión de los microorganismos al fagocito. Este proceso de envolver se denomina opsonización.

⁹⁹ *Ibíd.*: pp. 830-831

Ingestión:

Durante el proceso de ingestión, la membrana celular del fagocito extiende proyecciones denominadas pseudopodos que engullen a los microorganismos. Una vez que los microorganismo están rodeados los pseudopodos se encuentran y se fusionan, rodeando al microorganismo con una bolsa denominada vesícula fagocítica.

Digestión:

En esta fase de la fagocitosis las vesículas fagocíticas se desprenden de la membrana y entran al citoplasma. En el citoplasma entra en contacto con los lisosomas que contienen enzimas digestivas y sustancias bacterianas. AL establecer contacto, las vesículas fagocíticas y las membranas de lisosomas se fusionan para formar una estructura mayor sencilla denominada fagolisosoma, o vesícula digestiva. El contenido del fagolisosoma mata muchos tipos de bacterias en sólo 10 a 30 minutos. Se piensa que la destrucción microbiana se presenta debido al contenido de los lisosomas, presencia de ácido láctico (que disminuye el pH en el fagolisosoma), la producción de peróxido de hidrógeno, la presencia de lisozima y las capacidades destructoras de los enzimas que degradan los carbohidratos, las proteínas, los lípidos y los ácidos nucleicos.

Cualquier material no digerible que no puede degradarse y se encuentra en las estructuras recibe el nombre de cuerpo residual. La célula elimina los materiales en los cuerpos residuales por medio de la exitocis, un proceso en el cual el cuerpo residual migra a la membrana plasmática, se fusiona con ella, se rompe y libera su contenido.¹⁰⁰

SEPTICEMIAS

Son infecciones generales de organismos con presencia de gérmenes en la sangre circulante, en las que durante alguna fase de su evolución pueden existir manifestaciones patológicas de alguno o algunos órganos o sistemas.

En los niños generalmente ocasionan cuadros clínicos de acentuada gravedad que tienen índices de mortalidad cuando no son manejados adecuada y oportunamente, su punto de partida es algún foco infeccioso que abre las puertas para que los gérmenes pasen al torrente sanguíneo.

En los lactantes y en los recién nacidos se registran cada vez con mayor frecuencia, casos de **SEPTICEMIAS** por gérmenes gram negativos y solo en una proporción notoriamente menor por los gram positivos.¹⁰¹

100 Ibidem: pp. 817-818

101 Valenzuela, H. Rogelio, Luegas Bartels, Javier. "Manual de pediatría", 10ª. Edición, editorial Interamericana, México D.F., 1985, p. 445

Comúnmente las SEPTICEMIAS por bacterias gram negativas se consideran complicaciones de infecciones entéricas, urinarias, quirúrgicas, de vías biliares o de otros aparatos.

AGENTES CAUSALES

Los gérmenes que con mayor frecuencia se han identificado en las SEPTICEMIAS del lactante son:

- Las salmonelas
- Las escherichias coli patógenas
- La pseudomona eruginosa

En menor proporción:

- El estafilococo áureos
- El meningococo¹⁰²

FRECUENCIA

La frecuencia de SEPTICEMIAS por gérmenes gram negativos es paralela a la de las infecciones entéricas.

HUÉSPED

Son más frecuentes entre los desnutridos los prematuros, los lactantes que no toman leche materna, los menores de dos años de edad.

¹⁰² *Ibidem*: p.446

MEDIO AMBIENTE

En las comunidades donde existen grandes defectos sanitarios y socioeconómicos, así como durante los meses calurosos del año.¹⁰³

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Predominan los síntomas generales:

- Fiebre persistente, ya sea sin remisiones o bien de tipo intermitente, con grandes o pequeñas oscilaciones diarias.
- Mal estado general, palidez, adelgazamiento rápido, deshidratación y anorexia.
- Desequilibrio hidroeléctrico, generalmente acentuado y pertinaz, con frecuente tendencia a la acidosis metabólica.

Otros síntomas y signos que están presentes, en orden de frecuencia son:

- Diarrea aguda grave.
- Evacuaciones intestinales con sangre.
- Hepatomegalia.
- Procesos bronconeumáticos.
- Frecuentemente existe taquicardia y taquisfigmia.
- También es común la existencia de oliguria y alteraciones de la filtración o de la reabsorción renal.
- El ataque a la médula ósea, los órganos hematóyéticos y los elementos figurados de la sangre pueden tener variable significación: anemia, leucocitosis al principio, leucopenia en algunas fases avanzadas de ciertos casos, trombocitopenias.

- La función hepática puede estar trastornada en grados variables de un paciente a otro, lo que esta en relación con la hepatomegalia y la ictericia que se encuentran con relativa frecuencia.
- Entre las alteraciones neurológicas hemos encontrado espasticidad e hiperflexia, convulsiones generalizadas, otras veces estupor o inconsciencia, signos meníngicos, estrabismo, nistagmus y a veces temblores.¹⁰⁴

DIAGNÓSTICO

- Hemocultivo.- Depende de un hemocultivo positivo mediante la obtención de una cantidad adecuada de sangre de una vena periférica en condiciones asépticas.
- Muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR), ya que es común la meningitis en los pacientes sépticos.
- Urocultivo ya que el aparato genitourinario puede servir como puerta de entrada para los patógenos bacterianos y como depósito de las bacterias diseminadas por el torrente sanguíneo.
- Biometria hemática. Recuento leucocitario, un nivel anormalmente elevado (> 24,000 células / mm³) o disminuido (3000 células / mm³), al comienzo de los síntomas sugiere infección bacteriana, particularmente cuando esta aumentando el número absoluto de neutrófilos inmaduros. (Formas en cayado por metamielocitos), o el recuento absoluto de neutrófilos está disminuido por agotamiento de las reservas medulares.
- Radiografía de tórax (infiltrados pulmonares).

103 Ibidem: p. 447

104 Ibidem: pp-447-448

- Proteína C-reactiva o eritosedimentación elevada 3 días después de iniciado el tratamiento antimicrobiano.¹⁰⁵

TRATAMIENTO

El tratamiento de la septicemia debe iniciarse después de los estudios diagnósticos adecuados y antes de la identificación y las pruebas de sensibilidad a los antibióticos de los patógenos responsables.

- El tratamiento experimental inicial para la infección da comienzo temprano habitualmente incluye una penicilina semisintética de amplio espectro, (por ejemplo penicilina) y un aminoglucósido (por ejemplo kanamicina, tobramicina, gentamicina o amikacina).
- Tratamientos complementarios con transfusiones de granulocitos, exanguinotransfusiones, administración intravenosa de plasma o inmunoglobulinas o todos ellos.
- El manejo de las diversas alteraciones contemporáneas a la infección sistémica implican la rehidratación constante y adecuada cada día del desequilibrio hidroelectrico.
- En control de la temperatura ya sea por medios físicos o mediante medicamentos.
- El uso de digitálicos en presencia de manifestaciones de insuficiencia cardiaca. (digitoxina 20 a 40 mcg/kg/día, o digoxina 60 a 80 mcg/kg/día, individualizando dosis).

105 Hernández, Rodríguez, M. "Podiatría"; 2ª. Edición, Díaz de los Santos, S. A.:1992, pp.329

- El ambiente húmedo y oxigenación en caso de problemas de insuficiencia respiratoria.
- Tratamiento dietético adecuado a la edad y condiciones del aparato digestivo que requiere todo enfermo infeccioso.¹⁰⁶

COMPLICACIONES

- Shock séptico.
- Convulsiones.
- Insuficiencia respiratoria.
- Alteraciones hidroeléctricas
- Síndrome de coagulación intravascular diseminada.

PRONOSTICO

Las condiciones antes mencionadas explican la elevada incidencia de defunciones. Si el paciente no tiene la oportunidad de recibir todas las atenciones que implican los desordenes complejos y severos de la infección sistémica, el proceso séptico tiende a agravarse por regla general; sin embargo, cuando es manejado cuidadosamente y con oportunidad pueden lograrse recuperaciones a la normalidad casi siempre completa, o a veces, con la persistencia de alguna secuela.¹⁰⁷

106 Arellano, Penagos, Mario. "Cuidados intensivos en pediatría", editorial Interamericana, Mac Graw Hill , 3ª. Edición 1994. . pp.241-243

107 Valenzuela, Opcit. P. 448

ANEXO II

GLOSARIO

ACIDO:

Sustancia donadora de protones o que se disocia en hidrogeniones y aniones, caracterizada por un exceso de hidrogeniones y pH, menor de 7.

ACIDOSIS:

Estado en que el pH sanguíneo es de 7.35 a 6.80.

ANTICUERPO:

Sustancia producida por ciertas células en presencia de un antígeno específico y que se combina con este para neutralizarlo inhibirlo o destruirlo.

APRENDIZAJE:

Es un proceso en que las capacidades se actualizan, siguiendo un movimiento dirigido al progreso o crecimiento. Esta formulación está particularmente orientada hacia la tarea de aprender a vivir con los demás.

ATROFIA:

Emaciación o disminución en el tamaño de una parte a causa de su funcionamiento deficiente, anomalías de la nutrición o falta de uso (desuso)

ANALÍTICO:

Adj. calificativo, relativo al análisis. Que procede descomponiendo o que pasa del todo a las partes.

AUSCULTAR:

Aplicar el oído a ciertos puntos del cuerpo humano, para explicar los sonidos y ruidos en las cavidades del pecho o del vientre.

COMETIDO:

Es una experiencia de aprendizaje que tiene lugar en cierto periodo concreto o aproximado de la vida de un individuo a consecuencia de la maduración biológica, las presiones culturales y el nivel de aspiraciones. Cada cometido aprendido se convierte en un instrumento para la próxima etapa.

COMPLEMENTO:

Grupo de proteínas plasmáticas que interactúan y son activadas por ciertas reacciones de antígeno-anticuerpo; su interacción consiste en una secuencia específica de reacciones en la superficie de la célula a la que está fijado el anticuerpo, de modo que tiene lugar la lisis de la membrana plasmática.

DEDUCCIÓN:

Derivación, acción de sacar una cosa de otra o parte de ella. Método por el cual se procede lógicamente de lo universal a lo particular.

DIAGNOSTICAR:

Determina una enfermedad mediante el examen de sus signos. Conjunto de signos que sirven para fijar el carácter de una enfermedad.

EJECUCIÓN:

Manera de hacer alguna cosa.

EMPATÍA:

Capacidad de sentir y comprender las emociones ajenas como propias.

ETAPA:

Es un período de tiempo que se distingue mediante ciertos criterios de naturaleza fisiológica o psicológica. Cada etapa suele tener algunas características de las etapas precedentes, pero es suficientemente distinta cuantitativa y cualitativamente para diferir de las demás etapas.

EVALUAR:

Señala el valor a una cosa.

FIBRINA:

Proteína insalubre que es indispensable para la coagulación sanguínea se forma a partir de fibrinogeno por acción de la trombina.

FIBRINÓGENO:

Proteína de alto peso molecular del plasma sanguíneo que se convierte en fibrina por acción de la trombina.

INDUCCIÓN:

Razonamiento que consiste en sacar de hechos particulares una conclusión general.

INFLAMACIÓN:

Respuesta protectora localizada en las regiones tisulares, cuya finalidad en destruir, diluir o aislar el germen infeccioso o tejido lesionado; se caracteriza por enrojecimiento, dolor, calor, hinchazón, y en ocasiones pérdida de la función.

INTERFERON:

Tres tipos principales de proteínas (alfa, beta, gama) que producen de manera natural las células infectadas por virus, inhiben la replicación viral intracelular en células no infectadas. Se sintetizan artificialmente mediante técnicas de recombinación de ADN.

INSPECCIÓN:

Cargo de velar sobre una cosa. Examen o reconocimiento de una cosa. Ocular. Inspeccionar, examinar reconocer atentamente una cosa.

INSTRUMENTO:

Es la herramienta mediante la cual se efectúa o consigue el aprendizaje. Cada individuo tiene capacidades que, por lo general, maduran y están disponibles en cada etapa del desarrollo.

MACRÓFAGO:

Célula fagocítica derivada de un monocito; puede ser fijo o errante

MÉTODO:

Procedimiento para alcanzar un determinado fin. En pedagogía, sistema que se adopta para enseñar o educar. Procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla. La metodología, encargada de dilucidar todos problemas del método científico.

METODOLOGÍA:

Ciencia del método. Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica o en una exposición doctrinal.

MOTRICIDAD:

Es la suma de la maduración del sistema nervioso, la evolución sensorial y la maduración muscular, potenciado todo ello por los estímulos exteriores.

MODELO:

Ejemplar o forma que se sigue en la ejecución de una obra artística o en otra cosa. Ejemplar digno de imitación en las obras de ingenio o acciones morales. Reproducción ideal y concreta de un objeto o de un fenómeno con fines de estudio y experimentación.

NECESIDAD:

Estado del individuo en relación con lo que le es preciso (sueño, descanso, nutrición, etc.). Manifestación natural de sensibilidad interna que despierta una tendencia a cumplir un acto o a buscar una determinada categoría de objetos.

NEUTROFILO:

(Célula o leucocito polimorfonuclear), tipo de leucocito que se caracteriza por su citoplasma granuloso que se tiñe fácilmente con los colorantes ácidos o básicos.

OBSERVACIÓN:

Nota o comentario que se hace de un texto para precisar su significado o recalcar algún aspecto determinado. Observar, examinar atentamente.

PALPACIÓN:

Tocar con las manos para percibir por el tacto.

PLANEAR:

Hacer planes o proyectos.

PROCESO:

Progreso, acción de ir adelante. Transcurso del tiempo. Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial.

PROBLEMA:

Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin.

REFLEJO:

Respuesta rápida a cambios en los medios internos o externos, para restaurar la homeostasis; tiene lugar por medio de un arco reflejo.

TEORÍA:

Conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación.
Serie de leyes que sirvan para relacionar determinado orden de fenómenos.
Hipótesis cuyas consecuencias o aparte muy importante de la misma. Procesión religiosa entre los ant. griegos.

VALORACIÓN:

Reconocer, estimar o apreciar el valor o mérito de una persona o cosa.

VOLUNTAD:

Potencia del alma, que mueve a hacer o no hacer una cosa. Acto con que la potencia volitiva admite o rehuye una cosa. Decreto o disposición de Dios.
Libre albedrío o libre determinación. Elección de una cosa sin precepto o impulso externo, que obligue a ello. Intención o resolución de hacer una cosa.

BIBLIOGRAFÍA

ARELLANO, PENAGOS MARIO, "Cuidados intensivos en Pediatría",

MC Graw - Hill , 3ª edición 1994,

BAILY, RAFFENSPERGER ELLEN, LLOYD, Zusy Mary,

"Consulta de Enfermería Clínica" Centrum Tomo 2, 1997

BALSERIO, ALMARIO LASTY "Investigación en Enfermería"

México, Editorial prado, S.A. de C.V.

Primera Edición, 1994

Diccionario Enciclopédico Ilustrado

Océano Uno

Presidente: José Luis Monreal

Editorial Océano

Edición 1993

Enciclopedia Estudiantil Universal Realización, Editorial, Themo, Barcelona. Programa

Educativo Visual A.V.V. Edición 1998.

COLLIERE MARIE FRANCOISE,; "Promover la Vida"

Mc Graw Hill, Primera Edición en Español

por M. F. COLLIERE 1993

FERNÁNDEZ, FERRIN CARMEN, NOVEL MARTI GLORIA. "Marco Conceptual, V. Henderson, Taxonomía Diagnóstica NANDA". Proceso de Atención de enfermería estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas, S. A. Masson. Salvat. 1993

GAUNTLETT, PATRICIA "Enfermería Médico Quirúrgica"

MYERS, Judith

Vol. 1

Editorial mosby / Doyma

2ª edición. Adaptación Susana Salas y María Teresa Alzaga

Libros, Madrid España 1995

HERNÁNDEZ, RODRÍGUEZ M., "Pediatria; 2ª edición, Díaz de Santos S.A. 1992

JUALL, CARPENITO LINDA, Planes de cuidados y documentación en enfermería, Madrid, España, editorial Mac Graw-Hill, Interamericanan de España, 1ª. Edición, 1994

KATHLEEN, MORGAN SPEER "Cuidados de Enfermería en Pediatría"

Traducción 1era. Má. José Comesias González

Ediciones Doyma Enfermería, .S.A.

Edición Española 1993

MARRINER, ANN "El Proceso de Atención de Enfermería, Un Enfoque Científico"

Traducción de la 1ª Edición Dr. Alonso Tellez Vallejo

Editorial Manual, Moderno, México, 1990

MI JA KIM / GERTRUDEK MC FARLAND / AUDREY M MCLANE "Diagnóstico de enfermería y plan de cuidados".

Editorial Mosby, México

.V. edición 1994

M. WILLIAM, Schartz "Manual de Atención Primaria en Pediatría"

HARNEY, Edward B.

2ª Edición Mosby, 1994

RIOPELLE. L; et. al. "Cuidados de Enfermería". Traducción: Má. Angels de Bernabe ¡Ortega; Mac-Graw Hill, Interamericana; 1ª. Edición, 1993

NELSON; BEHRMA, MD RICHARD E., et. al.

"Tratado de pediatría"

Interamericana S.A. de C.V., Novena Edición, México, D.F. 1988

Rl. Wesley. "Teorías y modelos de enfermería". Mac-Graw-Hill, Interamericana. 2ª. Edición. 1997.

TAPIA, ACEBRAS FERNANDO, "Puericultura" México, D.F. 1979

TORTORA, GERARD J. "Principios de Anatomía y Fisiología"

ANAGOSTAKOS, Nicholas P.

Sexta Edición

Editorial Harla, México, D. F., 1993

VALENZUELA, ROGELIO H. "Manual de Pediatría"

LUENGAS, Bartels Javier

Décima edición

Interamericana S.A. de C.V.

México, D. F. 1985

WERNER O, Toole Anita, Rouslin, Welt, Sheila,

"Teoría Interpersonal en la práctica de la Enfermería".

Trabajos seleccionados de Hidegard E. Peplau; Masson, México 1996. Pág. 40-42