

00903

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

NECESIDADES BÁSICAS EN UN LACTANTE CON  
DESNUTRICIÓN

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL  
P R E S E N T A:  
ROMERO HERRERA | GUADALUPE

ASESORIA: Mtra. Magdalena Franco Orozco

México, 2001



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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Mtra. Magdalena Franco Orozco por haberme orientado y apoyado en la realización de este Estudio de Caso.

Al personal docente y directivo de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, que me brindaron sus conocimientos y contribuyeron a mi formación académica y realización profesional.

Al personal del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", por brindarme todas las facilidades y conocimientos para la realización de este trabajo.

# CONTENIDO

	página
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>I. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO</b> .....	3
<b>II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO</b> .....	8
<b>III. FUNDAMENTACIÓN TEORICA</b> .....	9
3.1. Antecedentes	
3.2. Teoría de enfermería seleccionada	
3.3. Proceso de enfermería	
3.4. Aspectos bioéticos de enfermería	
3.5. Desnutrición	
<b>IV. ESQUEMA METODOLÓGICO</b> .....	44
4.1. Variables	
4.2. Valoración de enfermería	
4.3. Métodos para la recolección de datos	
4.4. Diagnósticos de enfermería	
4.5. Plan de intervenciones	
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	80
<b>VI. SUGERENCIAS</b> .....	82
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	83
<b>VIII. ANEXOS</b> .....	87

## **INTRODUCCIÓN**

La profesión de enfermería requiere de bases teóricas, metodológicas e instrumentales de las diferentes perspectivas biológicas, psicológicas, filosóficas y sociales para poder desenvolverse con autonomía en el medio de la salud. Sin embargo, estas bases, tienen mayor utilidad si son concentradas en un Modelo que sirva de guía para poder identificar las necesidades básicas en un lactante con desnutrición.

El estudio de caso que a continuación se expone, fue realizado basándose en el Proceso de Atención de Enfermería. Este estudio requirió primeramente, de una descripción genérica del caso, en la que se apreciara el grado de dependencia en que se encontraba el paciente; para después establecer los objetivos tanto generales como específicos que permitieran visualizar las aspiraciones que se perseguían. Al realizar éste primer paso se dio pauta a la búsqueda de fundamentación teórica con el fin de revisar y analizar las investigaciones elaboradas en México, en los últimos años, referentes al tema de desnutrición.

También fue necesario desarrollar, los aspectos más relevantes sobre la teoría de enfermería seleccionada, que en éste caso fue el Modelo de Virginia Henderson, así como desarrollar las etapas que integran el Proceso de Atención de Enfermería.

Los aspectos bioéticos de enfermería también forman parte de la fundamentación teórica, puesto que en la actualidad no se puede hablar de dar atención a la salud con calidad, sino es contemplado en el cuidado al paciente, el lado humano.

Otra de las partes de las que consta el presente estudio de caso, es el esquema metodológico que se siguió, en el cual se dan a conocer las estrategias seleccionadas para capturar datos que fueran útiles para llegar a un diagnóstico, y de esta forma establecer objetivos que dieran pauta en la planeación de intervenciones. Es decir, a partir de los datos obtenidos se realizó el plan de atención de enfermería.

Así pues, este trabajo cumple con los objetivos planteados en un inicio, al brindar cuidados de enfermería en forma planeada, sistemática y racional aplicando el Proceso de Atención de Enfermería ante la detección de las necesidades básicas de un lactante con desnutrición.

## ***I. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO***

El caso que a continuación se presenta, trata de un lactante menor masculino el cual era hijo único y provenía de una familia nuclear con un nivel socioeconómico medio y nivel profesional adecuado. La mamá terminó la carrera de educadora la cual no ejercía y únicamente se dedicaba al hogar. El papá con la carrera de técnico en periodismo, se ocupaba en éste mismo oficio hasta la fecha en que se realizó la entrevista.

La familia residía en el D.F., en un departamento propio, que disponía de tres recámaras, cocina y servicios urbanos intra domiciliarios. El medio por el que se transportaban era a través de un automóvil particular.

En la familia existían buenas relaciones afectivas entre las abuelas y las relaciones intra familiares eran fuertes. El niño fue deseado y aceptado desde su concepción. La unión entre la pareja era sólida, a pesar de que resultaba difícil la adaptación de la familia con el padecimiento del niño, por los continuos desvelos e inestabilidad en el hogar además de enfrentar el temor por no saber con certeza el pronóstico de salud de su hijo.

Por otra parte fue disfuncional la adaptación del niño con su propia enfermedad, debido a que el régimen alimenticio al que estaba sujeto, en cierta forma le afectó en su desarrollo psicomotor, porque no podía ejercer los movimientos de succión y deglución.

En los antecedentes perinatales, la madre refirió que el niño respiró y lloró al nacer, obtuvo un Apgar de 8/9 con un peso de 3,350 Kg. , se ignora talla. Entre los antecedentes de importancia en el interrogatorio se encontró que cuenta con un esquema de vacunación acorde con la edad.



Dentro de los antecedentes de salud se destaca que fue hospitalizado en otra institución en donde se detectó atresia de íleon por malformación. Posterior a la cirugía el paciente no toleró la vía oral manifestándose distensión abdominal, motivo por el cual fue sometido a otra cirugía por presentar bridas en piloro.

Al ser egresado a su hogar, en el transcurso de tres semanas, comienza a presentar ictericia generalizada por lo que se hospitaliza por segunda ocasión y ahí es tratado como síndrome colestásico debido al tiempo prolongado en que se mantuvo con nutrición parenteral en su anterior hospitalización. Después de descartar una probable hepatitis neonatal es egresado con fórmula semielemental.

A los ocho días de permanecer en casa; acude al servicio de hidratación oral en cinco ocasiones para ser atendido por cuadro diarreico con deshidratación. En ésta quinta ocasión fue hospitalizado por presentar gasto fecal elevado con presencia de sangre macroscópica en heces. En esta hospitalización se decide realizar colonoscopia ante la sospecha de colitis eosinofílica y al realizar el procedimiento, el ciego es perforado a causa de tener múltiples ulceraciones.

Durante esta hospitalización de un mes, la evolución del paciente fue tórpida. El tratamiento giró en torno a mejorar el estado nutricional mediante fórmulas elementales que le proporcionaran los aportes nutricios que cubrieran sus requerimientos.

Respecto al cuidado de enfermería, éste se orientó a satisfacer las necesidades elementales de eliminación y alimentación por vía parenteral y enteral, así como las de protección para prevenir accidentes e infecciones hospitalarias.

A la exploración física se detectó que se trataba de un paciente masculino de tres meses de edad, se observaba con edad aparentemente menor a la cronológica.

Somatometria: Peso 4.075 Kg.; Talla 62 cm; Perímetro cefálico 33 cm; Perímetro abdominal 33 cm; perímetro torácico 35 cm; perímetro braquial 9 cm.

Signos vitales: Frecuencia cardiaca 110 x'; Frecuencia respiratoria 40 x'; Tensión arterial 90/60; Temperatura 36.7° C.

Los hallazgos de la exploración cefalocaudal, fueron los siguientes:

Por inspección se observó cráneo normal, el cual se palpaba sin hundimientos, la fontanela estaba normo tensa y la implantación del cabello se apreciaba normal. El nivel de los pabellones auriculares se encontraba a la altura del ángulo externo del ojo.

A la inspección de los ojos; estos estaban simétricos, con adecuada implantación de pestañas, parpadeo presente, esclerótica blanca, iris y pupilas de tamaño y forma simétrica, reflejo fotomotor y consensual presentes, con movimientos oculares simétricos. No se consideró necesaria la palpación. No se observaron datos de importancia en nariz. Al examinar la boca, se observó mucosa hidratada, sin ulceraciones, la faringe estaba hiperémica, sin anomalías en amígdalas, paladar, lengua y encías. Reflejos primarios presentes.

El cuello se encontraba cilíndrico en el que se apreciaba cicatriz de catéter en región yugular izquierda. La tráquea estaba central y desplazable, palpándose ganglios aumentados de tamaño, y pulsos carotídeos normales.

A la inspección anterior de tórax, este se describía como cilíndrico, simétrico en sus movimientos, sin datos de dificultad respiratoria, con buena coloración de piel, ambas tetillas se observaban a la misma altura. En su cara posterior no se apreciaron alteraciones. En la auscultación se percibieron roncus en región apical y media de ambos pulmones al momento de la inspiración. Se percutieron sonidos resonantes en ambos campos pulmonares. No fue valorable el frémito táctil.

En la evaluación de corazón no se inspeccionan alteraciones cardiológicas. Los sonidos cardiacos auscultados fueron ritmicos acordes con pulsos carotideos y sin presencia de soplos.

En la exploración de abdomen se observó herida quirúrgica horizontal en región mesogástrica aún en proceso de cicatrización. Se auscultó peristaltismo, a la palpación éste se encontró blando depresible sin visceromegalias, ni dolor. El sonido percutido fue timpánico a expensas de hipocondrio derecho el cual fue mate.

Los genitales fenotípicamente eran masculinos, en la palpación se detectó marcado hidrocele bilateral sin presencia de dolor. El prepucio estaba retráctil con orificio uretral central. El ano se encontró sin alteraciones aparentes.

Se observaron extremidades emaciadas, íntegras anatómicamente, con movimientos normales, con instalación catéter central de doble lumen en región femoral de miembro inferior derecho. Los reflejos osteotendinosos estaban presentes, con pulsos palpables, y llenado capilar de 2".

Los exámenes de laboratorio realizados fueron:

- Biometría hemática: Hemoglobina 9, hematocrito 27, leucocitos 11,200, plaquetas normales, segmentos al 40%, linfocitos al 51%, bandas 2%, eosinofilos 3 %.
- Química sanguínea: Urea 36 mg/dl, creatinina .7 mg/dl , Ca 9.7mg/dl , pH 7.2, albumina 3.1 gr/dl.
- TGO 48 U/l y TGP 60 U/l.
- Hemocultivo periférico: negativo
- Urocultivo por sonda: 1000 UFC/ml
- Tiempo de protombina: 10.7 seg, testigo 11.9 seg.
- Tiempo parcial de tromboplastina: 36 seg, testigo de 31.8 seg.

- Bilirubina directa 0.1 mg/dl, bilirubina indirecta 0.2 mg/dl, total 0.3 mg/dl.

El plan del tratamiento médico estuvo encaminado a mejorar el estado nutricional y disminuir el riesgo de sepsis nosocomial, así como evitar el retraso en el desarrollo psicomotriz.

## ***II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO***

### GENERAL

Detectar a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, las necesidades básicas en un lactante con desnutrición

### ESPECÍFICOS

- Elaborar diagnósticos de enfermería para realizar intervenciones eficientes que cubran las necesidades.
- Diseñar intervenciones de enfermería para satisfacer las necesidades prioritarias del lactante.

### **III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

#### **3.1. ANTECEDENTES**

Las investigaciones sobre el estado nutricional de la población menor de 5 años que se han realizado en México son muy pocas y dentro de estas existen algunas que han sido elaborados a nivel estatal, siendo que la mejor forma de dar solución a éste problema tan grave es con un estudio que permita ver la situación actual del nivel nutricional en que se encuentra el país.

Uno de estos pocos estudios son los que se realizaron por parte de la Secretaría de Salud en 1993, en donde se detectó que las deficiencias de la nutrición ocupan el quinto lugar en México<sup>1</sup>.

Por su parte el DIF (Desarrollo Integral de la Familia) en este mismo año, realizó el Primer Censo Nacional de Talla en Escolares, entre todos los niños de primer año de primaria en el país.

En la ciudad de México en 1995 se realizó la Encuesta Urbana de Alimentación en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México<sup>2</sup>. Mediante la cual quedó manifiesta el predominio de problemas nutricionales por exceso y desequilibrio en la alimentación de la población urbana, y con ello se demostró que la desnutrición sigue siendo un problema muy grave, que no se ha solucionado y que sigue atentando contra la vida.

A pesar de la irregularidad de la realización de estos estudios se ha podido detectar que las principales causas de desnutrición en nuestro país son los malos hábitos higiénico dietéticos que predominan en el hogar y que son más frecuentes en el nivel socioeconómico bajo.

---

<sup>1</sup> Mayla NG. Desnutrición en preescolares de las familias migrantes. Vol. 40 No. 3. Mayo- Junio 1998. pág. 249.

<sup>2</sup> Ávila C A. La desnutrición infantil en el medio rural mexicano. Salud Pública/ Vol. 40 No. 2 . marzo-abril 1998. pág. 150.

Otros factores que intervienen, son el sociocultural que pone en gran desventaja a las mujeres, las cuales se limitan a comer alimentos de mala calidad y baja cantidad, por cedérselos al hombre quien supuestamente es la fuente de trabajo.

El problema de la emigración es mejor apreciado en los estados del norte, los cuales constantemente cambian de domicilio en busca de mejores oportunidades económicas, sin considerar que la condición nutricia y alimentaria, está sujeta en forma indirecta a situaciones hostiles que determinan la disponibilidad y aprovechamiento de los alimentos.

Finalmente, tenemos la nutrición emocional del niño, como lo menciona el Dr. Díaz, quien interesado en estos aspectos ha podido detectar que las conductas de la madre para con su hijo son determinantes en su desarrollo. Si la madre está angustiada, nerviosa y no duerme bien; y cuando abraza al niño para darle de mamar, lo hace con miedo y en estado de tensión por la angustia que le ocasiona la forma como el niño succiona, entonces lo retira bruscamente volviendo de esta forma en tragedia cada mamada<sup>3</sup>. Problemas como el anterior sólo ocasionan que se recurra a otros medios que sustituyen la alimentación y en el peor de los casos se caiga en recurrir a proporcionar agua azucarada para calmar el hambre.

Por otra parte, el Dr. Cravioto en una investigación que realizó en una comunidad rural de México en enero de este año demostró que el efecto de la desnutrición sobre el desarrollo neurovegetativo del niño puede ser significativa en los casos de desnutrición severa y puede llegar a superarse si la familia proporciona estimulación auditivovisual y táctil al niño constantemente<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Díaz J. Nutrición Emocional del Niño. Revista Yucateca de Pediatría. Vol. 2. No. 3. Julio-Agosto 1997. pág. 91.

<sup>4</sup> Cravioto J. Efecto de la desnutrición sobre el desarrollo neurointegrativo del niño. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. Vol. 56 No. 1. Enero 1999. pág. 62.

Una de las más recientes investigaciones en cuanto a nutrición se refiere, se encuentra la realizada en éste año en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en la que se concluyó que la alimentación con sonda es una técnica de alimentación segura que contribuye para evitar la desnutrición, pero que puede producir complicaciones, tanto por las sondas como por el tipo de la fórmula empleada. Las complicaciones gastrointestinales son las más frecuentes y se relacionan más con las fórmulas elementales y, posiblemente, los pacientes con algún trastorno de la vía digestiva sean los sujetos más susceptibles de presentarlas<sup>5</sup>.

Con toda la problemática que ocasiona la desnutrición es importante que ésta sea perfectamente identificada, sobre todo en aquellos casos en que su estado es grave y la enfermera se enfoca al problema que ha motivado la hospitalización, persistente como es el caso de diarrea con deshidratación, el control de la evolución se centra prioritariamente en la medición y/o detección de la función metabólica olvidándose del estado nutricional del paciente.

A menudo se tiende a pensar que las unidades de cuidados intensivos o de urgencias no son los lugares más adecuados para iniciar la educación sanitaria. En muchos casos puede ser cierto, pero esta opinión siempre debe estar en función de las necesidades individuales del enfermo<sup>6</sup>. Es entonces que la enfermera debe tener cuidado de realizar la evaluación con el fin de no tener errores diagnósticos. Para lo cual es necesario que el grado de independencia-dependencia se represente como un continuum. En él, el ser humano puede situarse en cualquiera de los puntos desde un total de independencia, hasta un grado total de dependencia<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Villasis-K M. Complicaciones relacionadas a la alimentación enteral con sonda en pacientes pediátricos. Bol. Med. Hospital Infantil de México. Vol. 56 No. 1. Enero 1999. pág. 24.

<sup>6</sup> Barnet Barnet. Enfermo Crítico. Enfermería Clínica. Vol. 2 . No. 4. Enero 1992. pág. 150.

<sup>7</sup> Del Bosque GM. Reflexión sobre un Error Diagnóstico. Enfermería Clínica. Vol. 2 No. Nov-Dic. 1992. pág. 67.



La relación enfermera-paciente está centrada en la empatía o cualidad y aptitud que debe desarrollar la enfermera, para ser capaz de introducirse en la piel del cliente para comprender y captar sus necesidades, siendo capaz de diferenciar los propios sentimientos de los del paciente. De ninguna manera la enfermera debe basar sus acciones en falsas suposiciones, sino ponerse en el lugar del paciente, pensando y sintiendo la etapa por la que se está viviendo. Sólo de ésta forma la enfermera especialista podrá encaminar sus acciones hacia la independencia del paciente.

Los pacientes con desnutrición es un tema sobre el cual, enfermería no ha realizado estudios, al menos en la ciudad de México, sin y embargo, este es un padecimiento que por lo general se acompaña de muchos otros problemas, los cuales en algunas ocasiones son los causantes de la misma desnutrición. El dolor gástrico por ejemplo, suele presentarse en niños con ayuno prolongado o el dolor abdominal en aquellos que han sido sometidos a cirugía, y en los que desafortunadamente las enfermeras se aferran a menudo a actividades incorrectas, tales como temor a la adicción y a la depresión respiratoria, vejación por el dolor y su dureza, falta de conocimiento a la farmacología de las drogas y desconocimiento de otros tipos de tratamientos<sup>8</sup>. El dolor es una situación que se debe seguir con cuidado porque por muchas razones, los pacientes desarrollan una relación más familiar con las enfermeras que con los médicos. En ocasiones, es común que el paciente se queje con la enfermera, y afirmar estar libre de dolor frente al médico. Ante estas situaciones, el médico tiende a no tener en cuenta las opciones y preocupaciones de la enfermera.

Otras de las necesidades que por monotonía, exceso de trabajo o cualquier otra causa que la enfermera olvida es el de ayudar a que la familia a aceptar la enfermedad. El personal de enfermería de los servicios de cuidados intensivos pediátricos experimenta una sensación de impotencia que

---

<sup>8</sup> Solana Z E. Actitud de la Enfermera ante el Paciente con Dolor. Enfermería Clínica. Vol. 3. Enero-Febrero 1993. No. 2 pág. 39.

disminuye con la experiencia acumulada, aunque en algunos casos, llega a ser causa de desequilibrio personal y endurecimiento. Esta sensación de impotencia se relaciona directamente con el hecho mismo de estar cerca de la muerte, y de modo secundario, con la relación que ha de mantener con el propio enfermo y la familia<sup>9</sup>. Por lo que es muy importante que la enfermera, no se desensibilice y que a cada paciente lo trate como el ser humano que es; que a pesar de tener un padecimiento crónico, con un mal irremediable o que se encuentre en su fase terminal, el paciente tiene necesidades ya sea espirituales, de comunicación y seguridad por mencionar algunos.

### 3.2. TEORÍA DE ENFERMERÍA SELECCIONADA

La enfermera como profesional que proporciona servicios de atención a la salud no puede detenerse en actividades empíricas, dentro de un mundo que avanza a pasos agigantados. El dominio del conocimiento es la principal arma para que la enfermera pueda desarrollar conceptos, hipótesis y teorías y de ésta forma llegar a su autonomía.

Cuando la enfermera comienza a preocuparse por lo que ocurre en su entorno, abandona el conocimiento empírico para dar pauta al conocimiento científico, tomando como parte de su formación el estudio de disciplinas que tienen relación común, siguiendo una serie de pasos (metodología) fundamentados para llegar a un fin sin dejar a un lado los valores, las costumbres y las creencias que a pesar de que estas no tienen un fundamento científico, si están dentro de la disciplina filosófica que tiene la ciencia.

---

<sup>9</sup> Notivol TM. Ayudar a morir en UCI. Enfermería Clínica. Vol, 3. No. 2. Enero-Febrero 1993. pág. 12-13.

En nuestros días, la enfermería como profesión al servicio del hombre, avanza con una gran fuerza con el propósito de buscar horizontes nuevos y perspectivas sugerentes, formulando modelos y encuadre paradigmático<sup>10</sup>.

Una vez que el mundo encuentra la causa que da origen a los fenómenos, las explicaciones se concentran en los conceptos los cuales son la materia de la teoría; y son empleados en una investigación porque son representaciones simbólicas de las cosas o hechos que componen los fenómenos. Los conceptos son abstractos y proceden de las impresiones que recibe la mente humana, a través de los sentidos y de los fenómenos del entorno<sup>11</sup>.

Los conceptos pueden manejarse desde el punto de vista abstracto, cuando son independientes de tiempo como la temperatura a un punto de vista concreto cuando ocurre bajo ciertas características específicas.

Los conceptos por si solos no tienen ningún significado, es necesario reunirlos de acuerdo a características similares, en una secuencia coherente, que pueda dar explicaciones a los acontecimientos habituales, predecir el futuro y su forma de control. Una vez que se tienen todos estos requisitos se dice que se tiene una teoría. Las teorías pueden ser representadas como modelos de los fenómenos del mundo real empírico que identifica los componentes a los elementos de dichos fenómenos y las relaciones que existen entre ellos. Las teorías están formadas por proposiciones hipotéticas que no se basan en datos empíricos<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> López RJ. Aproximación al concepto hombre persona objeto de los cuidados de enfermería. Enfermería Clínica. Vol. 2 No. 5. Nov.-Dic. 1992. pág. 32

<sup>11</sup> Manner TA. Modelos y Teorías de Enfermería. 3a. Edición. Madrid España. Mosby/ Doyma. 1994. pág. 19.

<sup>12</sup> *Ibidem*. pág. 18.

Dicho en otras palabras, las teorías son la explicación de los fenómenos, los cuales primeramente fueron expresados como suposiciones (hipótesis) y hasta no ser verificables se convierten en leyes o teorías.

Las leyes únicamente se aplican en ciencias como la física, la química o matemáticas porque requieren del manejo de conceptos observables y cuantificables. Mientras que las teorías tienen su aplicación específicamente en las ciencias sociales, que se enfoca principalmente en los fenómenos observables manejando conceptos como la ansiedad y realización.

Una teoría puede ser dividida en dos partes: axiomas y teoremas. Los axiomas son la parte abstracta del concepto y los teoremas son la parte concreta. Esto es, el axioma da origen al teorema porque surgen a partir de un concepto ideas que justifican la causa de el fenómeno<sup>13</sup>.

Hardy, propone que una teoría está formada por la sintaxis y la semántica. La primera estudia la relación lógica que existe entre los conceptos, y la segunda el significado de los elementos. La sintaxis es la parte abstracta y la semántica la parte concreta de la teoría<sup>14</sup>.

Hasta el momento hemos visto que los conceptos dan origen a las teorías y que los axiomas y teoremas son sus componentes. Sin embargo debe quedar claro, que enfermería es una disciplina científica y que para su comprensión se vale de la ciencia, filosofía, teorías y paradigmas. La enfermería como disciplina utiliza el paradigma, mismo que es determinante para realizar teorías específicas. El paradigma establece las relaciones que existe entre la ciencia, la filosofía y la teoría dirigiendo las actividades de una disciplina.

---

<sup>13</sup> Hardy M.E. Teorías: Conceptos, Desarrollo y Evolución. L. Nicoll on Nursing Theory. 2a. Edición. Philadelphia Lippicott. 1992. pág. 7.

<sup>14</sup> Ibidem. pág. 7.

En el intento de dar respuesta a las necesidades de la sociedad se busca una filosofía que esté en consonancia con la filosofía social, ya que en ella se investigan las necesidades y demandas de la sociedad. A su vez, al dar solución a estas necesidades, la profesión influye también en la sociedad, la mejora y ayuda a su transformación.

Para evaluar una teoría es necesario evaluar su grado de abstracción para explicar un hecho concretamente sin dejar a un lado su enfoque empírico. Es decir el científico le va a dar validez a una teoría dependiendo de la utilidad que le encuentre, y para ello se utilizan criterios para valorar si le es útil o inútil una teoría.

Para empezar una teoría tiene que ser lógica, debe existir en ella interrelación entre las variables que se deriven de ella. Después ésta tiene que surgir de conceptos empíricos, para después ser sometidos a pruebas. La teoría debe ser lo más general posible, para que tenga mayor aplicabilidad. Su comprensión debe ser sencilla para que aporte al investigador nuevas rutas de exploración. Su capacidad de predicción debe permitir observar anticipadamente los resultados del proceso. El manejo de la teoría debe permitir al investigador controlar los fenómenos de interés.

Un modelo conceptual es un conjunto de conceptos y proposiciones abstractas y generales que proporciona un marco de referencia o perspectiva de los fenómenos dentro del dominio de la investigación<sup>15</sup>.

El paradigma (modelo) contribuye al desarrollo de teorías e intervenciones y dispone de una postura filosófica que permite que se declaren creencias y valores. Las teorías utilizan los modelos para dar una explicación simbólica de lo que está ocurriendo en el fenómeno.

---

<sup>15</sup> Hardy M.E. Op Cit. pág. 16.

Otras de las utilidades del modelo conceptual, es que guía al investigador ofreciendo una serie de datos que le permiten decidir si es de utilidad la teoría, para lo cual necesita primeramente ser discutida con profundidad.

Los tres componentes de las estructuras conceptuales-teorías empíricas son los modelos conceptuales, teorías e indicadores. Los conceptos y proposiciones que ofrecen los modelos conceptuales dan al marco de referencia para el estudio. La teoría es dada por los conceptos y proposiciones de los modelos conceptuales. Los indicadores son utilizados para recopilar datos, incluyendo los empíricos<sup>16</sup>.

Con lo anterior podemos concluir que los modelos son de gran utilidad para explicar una teoría y aunque pareciera que la teoría depende de los modelos, en realidad los modelos requieren de que primero exista formalmente una teoría para que después los modelos se elaboren.

Virginia Henderson nunca tuvo la intención de desarrollar una Teoría, porque su preocupación principal era determinar la función propia de la enfermera como la tiene cualquier otra profesión. Cuando Virginia Henderson hace una revisión bibliográfica sobre el quehacer de enfermería, se percató de que ningún libro habla claramente sobre las funciones primordiales de la enfermera y concluye que sin estas bases es imposible establecer los principios y la práctica de la profesión<sup>17</sup>.

Después de una búsqueda insistente por encontrar la forma de definir las funciones propias de enfermería, en 1956 la revista de Nature of Nursing diversos autores entre ellos Phaneuf, afirman que la función de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo ayudándolo a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que

---

<sup>16</sup> *Ibidem.* pág. 17.

<sup>17</sup> Mamner TA. Op. Cit. pág. 20.

realizaría si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible<sup>18</sup>.

A partir de analizar éste concepto surgen cuatro conceptos esenciales para el desarrollo del modelo.

1. Persona. Es un ser inteligente capaz de razonar, que posee cualidades, valores y creencias; capaz de relacionarse con otra persona y con su entorno haciendo uso de su libertad, de sus derechos, obligaciones y responsabilidades de donde recibe educación y aprendizaje.
2. Salud. Es la capacidad que tiene el individuo para lograr la independencia de las 14 necesidades.
3. Rol profesional. Es la atención fundamental al individuo sano o enfermo en interacción con el demás equipo de salud.
4. Entorno. Relación de la persona, la familia y la comunidad<sup>19</sup>.

En sus escritos V. Henderson nunca cita los principios de enfermería, estos han sido capturados en la revisión de sus publicaciones. Ann Marry Tomey los describe de la siguiente forma:

### Enfermería

- La función de la enfermera es la de ayudar al individuo sano o enfermo
- La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario
- Las acciones de enfermería son independientes de las del médico pero puede apoyarlo en sus actividades
- La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales
- La enfermera puede apreciar las necesidades básicas humanas
- Las 14 necesidades del individuo pueden ser asistidas por enfermería en todas las medidas posibles

---

<sup>18</sup> Fernández, F.C. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudios de casos médicos. México. Masson Salvat. 1993. pág. 132.

<sup>19</sup> Ibidem. pág. 133.

### Persona (paciente)

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables
- El paciente requiere ayuda para ser independiente
- El paciente y su familia forman una unidad
- Las necesidades del paciente están cubiertas por la 14 componentes de salud

### Salud

- La salud representa calidad y vida
- La salud es necesaria para el funcionamiento humano
- La salud requiere independencia e interdependencia

### Entorno

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esa capacidad.
- La enfermera debe tener formación en materia de seguridad
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas
- Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores. Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Marnier TA. Op. Cit. pág. 20



El desarrollo del modelo de Henderson infiere componentes biológicos psicológicos, sociales y espirituales que son tratados con la solvencia de las 14 necesidades básicas, sugeridas por la influencia de Maslow.

Una necesidad básica o fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente<sup>21</sup>.

**Las 14 necesidades fundamentales son:**

1. **OXIGENACIÓN.** Consiste en dos fases. En primer fase se inspirar un aporte esencial de oxígeno, difundir los gases a nivel pulmonar y realizar el intercambio a nivel celular. En el segundo proceso se expulsa gas carbónico y vapor de agua.
2. **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.** Es la ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.
3. **ELIMINACIÓN.** Es el rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.
4. **MOVIMIENTO.** Impulso dado a los músculos o a los miembros o a ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio, o para favorecer una buena circulación. El movimiento además permite una alineación corporal adecuada.
5. **VESTIDO.** Protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal.
6. **DESCANSO Y SUEÑO.** Interrupción del estado de conciencia o de la actividad, o de ambos que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Mantenimiento de un estado de confort.

---

<sup>21</sup> Riopelle LG. El Proceso de Atención Enfermería. Interamericana, Mc Graw Hill, 1993. pág.2.

7. TERMOREGULACIÓN. Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.
8. HIGIENE. Se refiere a los cuidados de higiene corporal y de imagen personal.
9. PROTECCIÓN Y SEGURIDAD. Protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.
- 10.COMUNICACIÓN. Establecimiento de lazos con los otros seres próximos y con las personas de su entorno.
- 11.CREENCIAS Y VALORES. Es la práctica de una religión. Actuando de acuerdo a creencias y valores.
- 12.REALIZACIÓN. Utilización del tiempo de forma útil, eficaz y reconocida.
- 13.RECREACIÓN. Necesidad de actividades de esparcimiento.
14. APRENDIZAJE. Adquirir conocimientos. Recibir información<sup>22</sup>.

Todas estas necesidades están involucradas con dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas, cultural y espiritual y nunca se podrán tratar por separado. Ante todo es necesario que exista interrelación entre todas para poder valorar el estado del individuo como un todo. Sin embargo, resulta aceptable trabajar una por una cuando los fines son didácticos o bien se está en la fase de recolección de datos de la evaluación del proceso de enfermería el cual se abordara posteriormente.

Henderson define a la independencia 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 <sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Phaneuf M. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Interamericana Mc Graw –Hill. 1993. pág. 21-27.

<sup>23</sup> Fernández FC. Op. Cit. pág. 135.

Phaneuf por su parte menciona que la independencia en el niño, es alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra<sup>24</sup>.

A su vez define a la dependencia, como la deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo<sup>25</sup>.

La dependencia se evidencia cuando se presentan como ya se había mencionado anteriormente, las fuentes de la dificultad que impiden a la persona satisfacer sus necesidades. A continuación se abordan estas fuentes:

#### FUENTES DE LA DIFICULTAD

1. FALTA DE FUERZA. Se define como la falta de la capacidad física para realizar habilidades y llevar a término las acciones pertinentes a la situación, y que está influenciado por el estado emocional, estado psíquico y capacidad intelectual.
2. FALTA DE CONOCIMIENTO. Interpretada como la falta de conocimiento de sí mismo y de los otros, de la salud y de la enfermedad, del medio físico y social.
3. FALTA DE VOLUNTAD. Entendida como incapacidad 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.

---

<sup>24</sup> Phaneuf. Op. Cit. pág. 30.

<sup>25</sup> Idem. pág. 30.

La presencia de cualquiera de estas tres fuentes indica la dependencia total, parcial, temporal o permanente. La identificación de ellas ayudará a la enfermera a planear y ejecutar sus intervenciones:

**TOTAL.** Es la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos agentes ajenos al sujeto que dan origen al problema.

**PARCIAL.** Ocurre cuando el problema ya está presente y la enfermera deberá emprender acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

**TEMPORAL.** Es nombrada así porque en ésta fase el paciente empieza a recuperarse y su dependencia comienza a decrecer y la función de la enfermera consiste en mantener una progresión y ayudarlo a recuperar un grado de independencia.

**PERMANENTE.** A pesar de los cuidados de la enfermera, el problema no es corregido. El rol de la enfermera consiste en jugar el papel de suplencia, en todo lo que el paciente no puede hacer por sí mismo, y en ayudarlo a adaptarse a sus limitaciones<sup>26</sup>.

### 3.3. EL PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería es definido como el medio con el cual la enfermera asiste a los pacientes para mantener, apoyar o mejorar su salud. El Proceso de Enfermería es un fenómeno continuo, con un enfoque de solución de problema a la asistencia de enfermería y sirve como foco para su práctica e investigación. Consiste en pasos secuenciales a través de los cuales se identifican los problemas del paciente y se sugieren probables soluciones<sup>27</sup>. El marco conceptual de Virginia Henderson es utilizado como modelo que se adapta perfectamente al proceso de atención, como menciona Margot Phaneuf en sus escritos, el modelo de Henderson facilita la identificación de las necesidades del paciente en el

---

<sup>26</sup> *Ibidem.* pág. 39.

<sup>27</sup> Martow R. Enfermería Pediátrica. Buenos Aires. Médica Panamericana, 1990. pág. 3.

plano bio-psico-social, cultural y espiritual y a la búsqueda de las fuentes de la dificultad que impiden su satisfacción.

El proceso de cuidados de enfermería se compone de cinco etapas que son : valoración, análisis y /o diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

**Valoración.** Es el primer paso del Proceso de Enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente <sup>28</sup>. Sin este primer paso sería imposible continuar en el proceso, de ahí, que la enfermera tiene que considerar todo lo que sus sentidos perciban y no dejar pasar ningún dato que pudiera servir para identificar problemas. La importancia de esta primer etapa es el saber utilizar todas las fuentes de las que consta, y de esta forma darle mejor uso a los datos obtenidos.

Las fuentes de la información pueden ser primarias o directas, las cuales se obtienen de la información que proporciona el paciente y las fuentes secundarias o indirectas, que se obtienen de la historia clínica, información del demás equipo de salud y bibliografía extraída de libros, artículos y obras referidas al tema.

Los medios principales para proceder a la obtención de datos son:

1. La consulta de las fuentes secundarias de información.
2. La observación del cliente.
3. La entrevista con el cliente.
4. La exploración física.

---

<sup>28</sup> W. Iyer P. et. al. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª. Edición. México. Interamericana, 1999. pág. 35.

La observación es la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior<sup>29</sup>.

La observación es una forma de obtener información, que requiere de una total concentración del observador así como ir relacionando sus conocimientos con lo que está percibiendo.

La entrevista de enfermería es una parte esencial en la obtención de datos. Cuanto vea y oiga durante la entrevista le proporcionará información importante para la valoración de enfermería<sup>30</sup>.

Al igual que la exploración física y la observación, la entrevista tiene el objetivo de recopilar información útil que permita descubrir necesidades que están siendo descubiertas en ese momento en el paciente.

Para que la entrevista tenga éxito es necesario que la enfermera emplee tácticas que faciliten la participación del entrevistado. Estas tácticas pueden ser por ejemplo el proporcionar un ambiente agradable , guardar respeto al paciente y tener habilidad para desarrollar la entrevista a través de preguntas sencillas, que no obliguen a una respuesta y el saber dirigirla para que no se el paciente quién se exploya en respuestas que no tengan sentido con la pregunta.

La forma más eficaz de realizar la entrevista es a través de un instrumento que permita valorar deficiencias en el individuo, utilizando el Modelo de Virginia Henderson, el cual permite valorar las 14 necesidades básicas. Debido a su fácil manejo, la División de Estudios de Posgrado lo ha aceptado como instrumento para la recolección de datos. Este instrumento llamado Valoración de Enfermería, está organizado de la siguiente manera:

1. Datos demográficos
2. Datos familiares que incluyen el mapa familiar

---

<sup>29</sup> Margot Phaneuf. Op. Cit. pág. 64.

<sup>30</sup> Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Madrid, España. Doyma . 1992. pág. 19.

3. Antecedentes sobre problemas de salud anteriores y la causa actual por las que asiste a consulta u hospitalización
4. Necesidades
5. Análisis

Exploración física. Es el tercer método de obtención de datos, el cual se encuentra en:

- La respuesta del paciente al proceso de la enfermedad, especialmente de aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería.
- Establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería.

Comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra intervención entre profesional de enfermería y cliente<sup>31</sup>.

La exploración física emplea cuatro técnicas que son: inspección, palpación, percusión y auscultación, las cuales deben ser realizadas con paciencia para poder identificar cualquier anomalía sin olvidar que el orden para llevar a cabo estas técnicas, no siempre es el mismo, y todo depende de el área a explorar, por ejemplo en la exploración de abdomen la palpación se realiza hasta el último, porque de lo contrario puede alterarse el peristaltismo.

Inspección. Es la observación del aspecto general del paciente e incluye el uso de la vista, el oído y el olfato, para detectar problemas de salud obvios y establecer prioridades. También pueden utilizarse instrumentos para dar validez a las observaciones subjetivas e impresiones<sup>32</sup>. Esta técnica quizá es la más importante, porque nos da la pauta para realizar una exploración focalizada.

---

<sup>31</sup> W. Iyer P. et alOp. Cit. pág. 60.

<sup>32</sup> Joyce Engel. Exploración pediátrica. 2ª. Edición. Madrid, España. Mosby .1993. pág, 28.

Palpación. Es la técnica de emplear las manos en partes del cuerpo del niño para determinar cualquier desviación subyacente de la normal. A través del sentido del tacto, la palpación puede transmitir variaciones en la temperatura cutánea, textura y humedad; en la forma tamaño y posición de los órganos, y las vibraciones o pulsaciones que nacen de las áreas del cuerpo. Existen dos tipos de palpación: La superficial y la profunda. La superficial emplea las puntas de los dedos para palpar pequeñas secciones del cuerpo, la consistencia de alguna parte del cuerpo, como un área de la piel o los ganglios linfáticos cervicales; también puede emplear las superficies palmares de los dedos y las manos, para evaluar frotos pericárdicos o el área apical del corazón. La palpación profunda se utiliza para palpar órganos más profundos del abdomen, colocando una mano sobre la otra para aplicar presión.

Percusión. La percusión es la técnica de golpear ligeramente una porción del cuerpo con golpes cortos, agudos. Los sonidos producidos ayudan al diagnóstico del trastorno de los tejidos subyacentes. La percusión se puede utilizar en forma directa e indirecta. En la percusión directa la enfermera golpea la superficie corporal en forma directa con el índice o el mayor, se utiliza en áreas bien definidas como el hueso o la periferia de un órgano. La percusión indirecta utiliza el dedo mayor de la mano en hiperextensión y la porción distal y de la articulación, firmemente contra la piel y el área de percutir. Los sonidos resultantes de la percusión de áreas de diferentes densidades, varían desde la menos densa a las más densa, y los sonidos percibidos por el oído pueden ser timpánico, hipersonoro, sonoro, matidez y submatidez.

Auscultación. Es la técnica de escuchar, ya sea con el oído o con ayuda de estetoscopio. Los sonidos se describen en términos de intensidad, tono y duración. Esta técnica puede ser empleada en forma directa o indirecta. En la forma directa se emplea directamente el oído sobre el área a auscultar, pero su desventaja principal es que puede provocar infección en la cara de la enfermera debido a lesiones



cutáneas en el cuerpo del niño y por el pudor del niño. En la forma indirecta, se utiliza un estetoscopio

33.

**Diagnóstico.** El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico acerca de las respuestas individual, familiar y comunitaria a los procesos vitales y a los problemas de salud actuales y potenciales<sup>34</sup>.

Durante la época de los 80 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprobó un método para organizar los diagnósticos, los cuales obedecen a los patrones de respuesta humana adaptándose así a las 14 necesidades, esta razón es suficiente para que la ANA (American Nurses Association) lo adopte en la elaboración de diagnósticos. La NANDA ha dividido los diagnósticos de enfermería en tres partes a través de utilizar el formato **PES**:

**P** - Etiqueta que equivale a la respuesta humana

**E** - Etiología que equivale a factores relacionados o de riesgo

**S** - Signos y síntomas que equivalen a las manifestaciones

Los diagnósticos de enfermería a su vez se clasifican en reales y potenciales. Los reales son las respuestas del paciente a las alteraciones de los procesos vitales, modelos, funciones o esquema del desarrollo, incluidas las producidas como consecuencia de la enfermedad. Los potenciales son situaciones de riesgo que precisan una intervención de enfermería para evitar que se desarrollen, indican los factores de riesgo que predisponen al paciente y a la familia. Para distinguir los problemas sanitarios reales de los potenciales, al establecer el diagnóstico de enfermería se incluyen las palabras de alto riesgo<sup>35</sup>.

---

<sup>33</sup> Marlow / Reddias. Op. Cit. pág. 29-31.

<sup>34</sup> Whaley & Wong. Enfermería pediátrica. 4ª. Edición. Madrid, España. Mosby/Doyma. 1995. pág.15.

<sup>35</sup> Whaley & Wong. Op. Cit. Pág 16.

El contenido de un diagnóstico de enfermería no siempre refleja un *problema*. Se puede redactar un informe positivo, a partir de las categorías diagnósticas, en las que se describan las respuestas de adaptación a un problema de salud que se desea apoyar o facilitar. El *sufrimiento anticipado* es un ejemplo de respuesta a la adaptación. El *sufrimiento disfuncional*, en cambio, es una respuesta de mala adaptación, que la enfermera tratará de modificar<sup>36</sup>.

### Diferencias entre el diagnóstico médico y el diagnóstico de enfermería

Diagnóstico de Enfermería	Diagnóstico médico
Considera el estado de dependencia del hombre	Tiene en cuenta el problema del paciente y los describe (fisiopatología)
Sus etiquetas diagnósticas pueden utilizarse para problemas diferentes	Establece patologías que están relacionadas a los signos y síntomas
Considera el grado de reacción del paciente (miedo, cólera, ansiedad)	No considera los grados de reacción del paciente (ansiedad)
Considera la etiología y factores que influyen en la enfermedad	Para redactarlos no recurre a la etiología del problema
Su correcta elaboración, permite que la enfermera realice acciones autónomas	Orienta al médico para elegir el tratamiento

Fuente: Patricia W. Iyer. Proceso del diagnóstico de enfermería. pág 95.

Como podemos observar los diagnósticos de enfermería no sólo permiten señalar el problema, las causas de su origen y sus manifestaciones, sino que a través de él se identifica la enfermera como un ser autónomo capaz de emitir juicios para desarrollar un plan de atención.

**Planeación.** La planeación se define como, establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar<sup>37</sup>.

Si tuviéramos que graficar el Proceso de Enfermería éste tendría la forma piramidal, la base más fuerte y sólida correspondería a la valoración y la cúspide a la evaluación. Por lo anterior parecería que las

<sup>36</sup> Ídem. pág. 16

<sup>37</sup> Phaneuf M. Op. Cit. pág. 101.

etapas que quedan en el cuerpo de la pirámide no son importantes, sin embargo cada una de las etapas deben estar bien estructuradas para que la fase que le sigue o la otra le de soporte, es decir una depende de la otra.

Si observamos cuidadosamente en el diagnóstico de enfermería se encuentran dos claves para iniciar la planeación. La primera se encuentra en la identificación del problema y la segunda en la etiología de éste. Estas claves permitirán que se fijen metas u objetivos, desarrollar estrategias para implementar las acciones de enfermería, dando prioridad a los problemas más serios que comprometen la vida del paciente.

Durante ésta fase, la enfermera tiene que comprender que la atención de enfermería puede ser multidisciplinaria y no sólo compete a la enfermera solucionar los problemas del paciente, por el contrario si existieran dudas sobre como proceder, es bien válido consultar con otro profesional ya sea de enfermería o de otra disciplina.

En síntesis la etapa de planeación consta de cuatro puntos: 1. Jerarquizar prioridades, 2. Formulación de objetivos, 3. Desarrollo de estrategias de intervención y 4. Fundamentación del plan.

Al realizar los objetivos se deben considerar los siguientes puntos:

1. Realizarlos de acuerdo a la insatisfacción de necesidades que son expresadas en el diagnóstico de enfermería.
2. Establecer claramente lo que se desea alcanzar con las intervenciones de enfermería.
3. Hacer participe de la fijación de objetivos al paciente, siempre que sea posible.
4. Fijar objetivos realistas, que vayan de acuerdo con las capacidades del paciente considerando su intelecto, estado físico y emocional.
5. Considerar los recursos económicos del paciente, equipo y material del que dispone el hospital.

6. Delimitar el tiempo para el cumplimiento de los objetivos
7. Los objetivos deben ser lo suficientemente claros para favorecer la comunicación de los cuidadores y favorecer su continuidad<sup>38</sup>.

Las actividades de enfermería son actividades o acciones específicas de enfermería que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual y promover, mantener y restaurar la salud<sup>39</sup>.

Las actividades de enfermería son un trabajo continuo que nunca debería catalogarse como rutina, la enfermera que lo viera de esta forma mostrará sin duda alguna falta de profesionalismo; siendo que el profesional de enfermería continuamente tiene que valorar a la familia, comunidad o paciente que esté a su cargo, para identificar nuevos problemas y ver como han evolucionado los ya existentes. Tiene que realizar educación continua, para ayudar a adquirir nuevos conocimientos al paciente, a la vez de que los asesore para que se auto cuiden. La enfermera debe consultar a otros profesionales o bibliografía de salud, si así fuera pertinente. Tiene que realizar actividades específicas de tratamiento para eliminar, reducir o resolver problemas de salud.

Las actividades independientes están señaladas por el diagnóstico de enfermería, en ellas no interviene la indicación médica. Evidentemente estas intervenciones estarán sustentadas por el antecedente de un excelente educación, de la enfermera, en la que comprende el conocimiento de los cuidados compatibles con los estándares establecidos por la ley, la ANA y la institución en la que trabaja.

---

<sup>38</sup> Alfaro R. Op Cit. pág. 118.

<sup>39</sup> Idem. pág. 119.

Las actividades interdependientes, son aquellas que se realizan en combinación con otros miembros del equipo de salud. En estas intervenciones están contempladas las acciones del médico, trabajo social, dentistas, psicólogo, terapeutas.

Ya se mencionó que las actividades de enfermería, se derivan de la etiología del diagnóstico de enfermería, sin embargo estas actividades deben tener una fundamentación científica que aseguren el éxito de la actividad. Esta fundamentación tiene una razón lógica que comprende las ciencias naturales, de la conducta y las humanidades.

Todas las actividades que la enfermera ha de realizar, en primer instancia deben quedar plasmadas en documentos que sirvan de instrumento para que las personas que han de realizar las actividades sean de una forma ordenada para evitar repeticiones de algunas acciones y el incumplimiento de otras.

**Ejecución.** Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos. La planeación y la ejecución están íntimamente ligadas, mientras una determina las acciones la otra sigue las órdenes. La ejecución es la cuarta etapa del proceso de enfermería, el lugar que ocupa dentro de él se aleja de la etapa de evaluación, pero no por su distancia, sugiere ausencia de relación entre las dos, por el contrario a esta altura del proceso de la enfermera debe continuar recogiendo datos para elaborar nuevos diagnósticos y de esta forma cambiar las intervenciones según sea necesario<sup>40</sup>.

Rosalinda Alfaro ofrece una guía para fijar prioridades diarias en la ejecución de las actividades:

1. Revisar continuamente las notas médicas y de enfermería, comparándolas con nuestras observaciones.
2. Valorar primero los problemas críticos y dejar para después los de menos importancia, sin olvidarlos después.

---

<sup>40</sup> W. Iyer P. Op. Cit. pág. 224.

3. Determinar los problemas que requieran las acciones interdependientes
4. No dudar en realizar una actividad, que es de beneficio para el paciente, quizás en otro momento ya no requerirá de esta acción por ser demasiado tarde.
5. Una acción de enfermería puede tener más de una intención. Por ejemplo el baño fomenta la higiene y favorece la comunicación entre paciente y enfermera.
6. Consultar si es posible con el paciente o familiar, las actividades a realizar y valorar si es posible que el propio paciente los realice.
7. Consultar frecuentemente las actividades que han de realizarse ese día, para no dejar pasar ninguna.

Las actividades que realiza enfermería pueden tener diferente objetivo en algunas ocasiones estarán encaminadas a supervisar al paciente, en otras a enseñar al paciente.

Todas las actividades que realice enfermería tienen que quedar plasmadas en la hoja de enfermería, misma que debe ser conservada en el expediente como un documento legal. La hoja de enfermería es un método por medio del cual se comunica el estado del paciente cuando no es posible dar el reporte de forma verbal, además de que con la forma verbal, suele distorsionarse la información, lo cual es contraproducente para el paciente.

Las anotaciones de enfermería deben ser claras y reales para valorar el estado de salud del paciente y determinar nuevas acciones.

La comunicación verbal es de gran utilidad cuando se le da el uso correcto por lo general este método se realiza en el cambio de turno y de un buen informe dependerá que las acciones se sigan realizando. En él se explica el estado general del paciente, haciendo notar los hallazgos importantes que se han observado, y se explican las acciones dependientes e interdependientes, que se realizaron e incluso proponiendo acciones de beneficio para el paciente.

**Evaluación.** La evaluación consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera, en relación con los resultados obtenidos. Se trata en realidad, de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera<sup>41</sup>.

La evaluación es la cima de la pirámide, la permanencia en ella depende de la solidez de las etapas que le anteceden. Esta etapa puede ser interpretada como el éxito o el fracaso de las intervenciones de enfermería.

La evaluación es una etapa sistemática y continua que se aplica para comparar el estado de salud del paciente y con ello valorar si se va en el camino correcto o existe algún factor que está faltando. Si la enfermera continuamente realiza esta tarea, podrá reformular estrategias ante el fallo de las intervenciones.

Esta etapa se vuelve sencilla, si la enfermera considera los siguientes aspectos:

- Evaluar el cumplimiento de los objetivos fijados, de lo contrario esto puede indicar que no se realizó la correcta evaluación y por ende el diagnóstico, o que las intervenciones no fueron las adecuadas para los objetivos.
- Evaluar si se resolvió el diagnóstico de enfermería, si el problema no está resuelto, la enfermera debe analizar cuidadosamente sus intervenciones para modificarlas y lograr el objetivo.

El fin del plan se determina cuando se han logrado los objetivos establecidos y no han surgido nuevos problemas.

---

<sup>41</sup> Phaneuf M. Op. Cit. pág. 137.

El éxito de las acciones de enfermería no deben quedar en el olvido, sino por el contrario deberían quedar registradas en manuales, que sean consultados por otras enfermeras para que proporcionen cuidados de calidad.

### 3.4. ASPECTOS BIOÉTICOS DE ENFERMERÍA

Para iniciar debemos reconocer que enfermería es una profesión y como tal compromete a la persona a cumplir sus funciones. De esta forma el profesional de enfermería promete prestar asistencia a los enfermos crónicos y agudos, a los lesionados, promocionar el bienestar y ayudar a la gente a morir en paz. La sociedad confiando en su promesa, espera que el profesional de enfermería esté comprometido con sus ideales<sup>42</sup>.

El valor es una creencia personal sobre la validez de una determinada idea, actitud, costumbre u objeto que establece patrones que influyen en el comportamiento. La ética expuesta en una forma simple, indica lo que una persona debería hacer y como debería ser en relación a otros. Se ocupa de cuestiones de bondad y maldad, de conducta, carácter y motivos correctos o equivocados<sup>43</sup>.

Cualquier profesión aplica principios éticos en su desempeño, pero en el área de la salud no es suficiente el conocimiento de ellos. El personal de salud debe combinar la ciencia, la filosofía y la ética en el ejercicio de su profesión. Es decir, debe utilizar la bioética.

---

<sup>42</sup> Potter. Fundamentos de enfermería. pág. 87.

<sup>43</sup> Idem. pág. 79.



La bioética es una expresión de reciente ingreso, la cual se dedica al estudio de los problemas éticos que plantea el desarrollo de las diferentes ciencias y tecnologías que pueden aplicarse a la vida humana y por lo tanto influir o modificarla<sup>44</sup>.

Este neologismo se ha tenido que utilizar ante la evolución a pasos agigantados de la tecnología, para evitar el uso indiscriminado de la tecnología en el desempeño de la medicina, con el único objeto de procurar el bienestar del paciente.

En sí el principio fundamental que sostiene la bioética es el respeto a la dignidad de la persona y del paciente, en cuanto a su vida y la calidad óptima que ésta debe tener en circunstancias vitales particular e individualmente contempladas. La bioética personalista (el valor central de la persona) formula sus principios en base al valor fundamental de la vida: de defensa de la vida y respeto a la dignidad humana, de opción múltiple y totalidad o principio terapéutico, de doble efecto y legítima cooperación de libertad y de responsabilidad, de justicia y autonomía de consentimiento libre bajo información, de beneficencia, socialización y secreto profesional de subsidiariedad, de recta conciencia moral. Con ellas elabora las normas específicas de las situaciones y de la acción particular que permiten la formación del juicio último práctico mediante la aplicación de los principios a la situación particular y apoyan el compromiso operativo<sup>45</sup>.

Los principios esenciales de la bioética pueden generalizarse en cuatro: Beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Al mismo tiempo estos principios siguen procedimientos prácticos: La beneficencia lleva a una evaluación de los beneficios y riesgos, evitando de esta forma la maleficencia, protegiendo la

---

<sup>44</sup> Grupo de bioética. Academia Mexicana de Pediatría. Bioética: consideraciones generales introductorias.

<sup>45</sup> Idem. pág. 583.

autonomía del paciente a través del uso del consentimiento informado y de esta forma ser justos al llevar una selección equitativa de los sujetos<sup>46</sup>.

En lo que compete al profesional de enfermería este debe estar actualizado en aspectos tanto éticos como legales, dentro de éste contexto se encuentra el consentimiento informado, conducta ante la muerte y la agonía, y la obligación legal de enfermería.

El consentimiento informado es el requisito legal y ético según el cual el paciente comprende clara y completamente la necesidad de realizar el tratamiento médico propuesto, incluido los riesgos significativos que conlleva. También hay que informar al paciente de los posibles tratamientos alternativos, con sus ventajas y desventajas y riesgos correspondientes. Para obtener un consentimiento informado válido es preciso cumplir tres condiciones:

1. La persona debe ser capaz de dar su consentimiento; por tanto, debe ser mayor de edad y estar capacitado para ello (es decir debe poseer la capacidad mental para optar entre varias posibilidades y comprender sus conductas). En caso de ser menor, se debe contar con la autorización de los padres, los cuales deberán estar con la capacidad mental normal para tomar decisiones coherentes.
2. La persona debe recibir la información necesaria para tomar la decisión inteligente.
3. La persona debe ejercer su libertad de elección sin coacción alguna, fuerza, fraude, engaño, ni otras formas de compulsión o coerción<sup>47</sup>.

Además, el profesional de enfermería debe estar actualizado sobre las legislaturas estatales y de provincia con el fin de evitar delitos que violen el derecho penal y el derecho civil.

---

<sup>46</sup> Gafo P.J. 25 años de bioética, Memorias. 2a Reunión Internacional de Bioética para Enfermería. Agosto 21, 22 y 23 de 1997. pág. 23.

<sup>47</sup> Whaley & Wong. Op. Cit. pág. 596.

En éste estudio de caso, por ejemplo, se consideraron las políticas por las cuales se rige el hospital, así como se dispuso de un documento en el que los padres autorizaban la realización del caso (consentimiento informado). Con el fin de evitar caer en un delito (ver anexo No. 1).

Se entiende por derecho penal a aquel que se preocupa de las relaciones entre los individuos y los gobiernos y de los actos que amenacen a la sociedad y a su orden. El derecho civil concierne a las relaciones entre las personas y la protección de los derechos de cada persona<sup>48</sup>.

En resumen un profesional de enfermería en ejercicio tiene que hacer frente a muchas cuestiones legales hoy en día, pero estos deben considerar la ley no con recelo, sino como un accesorio útil para definir la práctica de la enfermería. Cuando se conocen las obligaciones y los derechos legales se está mejor preparado para cuidar a los pacientes. Las bases de cuidados en enfermería delimitan y definen los cuidados de enfermería apropiados. Por otra parte la enfermera especialista requiere un conocimiento sólido de los problemas de salud como el que a continuación se presenta:

### 3.5. DESNUTRICIÓN

**DEFINICIÓN** .Es una enfermedad producida por la falta o bajo consumo de alimentos que dan energía y proteínas, lo que ocasiona, pérdida de peso y posteriormente provoca que se detenga el crecimiento y desarrollo de los niños<sup>49</sup>.

Los niños menores de cinco años son los más afectados por la desnutrición, sobre todo si nacieron con bajo peso, no fueron amamantados, se enferman muy seguido o tuvieron una ablactación tardía.

---

<sup>48</sup> Ídem. pág. 104.

<sup>49</sup> Muñoz Soria, et. al. Guía de orientación alimentaria. Sector salud. 1998. Pág. 91

ETIOLOGÍA. Por su etiología la desnutrición se clasifica en primaria, cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrientes, secundaria cuando es debida a alteraciones en la absorción o utilización de los mismos, y mixta cuando se combinan ambos factores. Cuando la desnutrición es severa esta se clasifica en Marasmo y Kwashiorkor. En esencia la causa determinante del Marasmo es la deficiencia de calorías en la ingesta. Mientras que la causa del Kwashiorkor es la deficiencia de proteínas en la ingesta.

Las alteraciones anatómicas de la mucosa intestinal varían según se trate de un caso u otro; en el Kwashiorkor hay desaparición total o parcial de las vellosidades, alargamiento de las criptas de Lieberkuhn y alteraciones del epitelio. En cambio en el Marasmo se conserva la estructura normal de la mucosa, pero hay disminución en su grosor, la renovación de las vellosidades se observa retardada<sup>50</sup>.

El fracaso del desarrollo en el niño y en específico en el lactante, se debe a la incapacidad de obtener las calorías necesarias para el crecimiento, de utilizarlas o de ambas cosas. Los parámetros más comunes para estimar el fracaso en el desarrollo (FDD) es el peso ( y a veces la talla), que queda debajo del percentil 5 para la edad del niño. Ahora bien para diagnosticar el FDD infantil, más que esta medida importa la desviación persistente del desarrollo del niño respecto a la curva estándar de crecimiento.

El fracaso de desarrollo puede encuadrarse en una de tres categorías generales:

*Fracaso orgánico*, es el resultado de una causa física, como un defecto cardíaco congénito, lesiones neurológicas , microcefalia, infección crónica del tracto urinario, reflujo gastroesofágico, síndrome de mala absorción, disfunción endócrina o fibrosis quística.

---

<sup>50</sup> Ídem pág. 91.

*Fracaso no orgánico*, tiene una causa definible no relacionada con la enfermedad. Suele ser el resultado de factores psicosociales, como una información nutricional inadecuada del padre, una atención materna deficiente o una alteración de la relación madre-hijo, o problemas del niño para separarse de los padres, que le llevan a rechazar la comida para llamar la atención.

Existen otros factores que pueden conducir a la alimentación inadecuada del lactante, como: pobreza, prejuicios sanitarios (uso de dietas caprichosas, preocupación excesiva para evitar trastornos de obesidad), conocimiento nutricional inadecuado, estrés familiar, resistencia a la alimentación, leche materna insuficiente<sup>51</sup>.

En niños menores de cinco años y particularmente entre los tres y 24 meses de edad, un factor fundamental que precipita la desnutrición proteico calórica primaria grave se relaciona con los hábitos y las técnicas de alimentación<sup>52</sup>.

CUADRO CLÍNICO. El cuadro clínico depende en cierta forma de la etiología, gravedad y duración de la desnutrición; pero, en general, se conocen tres tipos de signos a saber:

*Signos Universales.* Estos signos están presentes en cualquier desnutrición los datos de dilución corresponden a un menor contenido de sólidos en todos los compartimientos y se expresan en hipocalcemia, hipocloremia, hiponatremia, hipoalbuminemia, hipoalfaglobulinemia e hipergammaglobulinemia. La atrofia, consiste en detención del desarrollo somatométrico, retraso en la osificación, hipotrofia muscular y de la piel, se expresa con mayor intensidad en la mucosa intestinal, páncreas e hígado. La hipofunción se expresa por insuficiencia digestiva, la cual favorece aún más la desnutrición, por anomalías metabólicas, por alteraciones en el crecimiento y desarrollo, por una

---

<sup>51</sup> Whaley & Wongo. Op. Cit. pág. 303.

<sup>52</sup> Vásquez G.E., Navarro L. E., et al. Hábitos de alimentación en niños con desnutrición proteico calórica primaria y secundaria grave. Bol. Méd. del Hosp. Infant. de Méx. Vol. 56. No. 56. Octubre 1999. pág. 544.

menor capacidad de defensas primarias contra infecciones, y probablemente alteraciones cromosómicas.

*Signos Circunstanciales.* Son inespecíficos y pueden presentarse en otros padecimientos como alteraciones en el cabello, edema y las dermatosis. El cabello es un indicador indirecto del metabolismo proteico. En la desnutrición el cabello se vuelve quebradizo, pierde su pigmentación pasando de negro a rojizo, amarillento y, finalmente, gris o blanco<sup>53</sup>.

*Signos Agregados.* Anorexia, somnolencia, infecciones y vómito.

DIAGNÓSTICO. Para diagnosticar la desnutrición se debe basar básicamente en los antecedentes dietéticos, es decir el cuestionar sobre el tipo, cantidad y frecuencia de la alimentación. Al valorar al paciente se debe considerar las medidas antropométricas sobre todo de peso y talla, circunferencia cefálica y torácica, circunferencia del brazo y de la pierna, grosor de los pliegues cutáneos del brazo, escápula y tórax. Estas medidas deben compararse con tablas de normalidad para edad y sexo del niño.

TRATAMIENTO. Es fundamental tratar inmediatamente los problemas agudos, como la diarrea intensa, la insuficiencia renal y el shock y en última instancia, reponer los nutrientes que faltan. También se deben tratar la deshidratación moderada o intensa, las infecciones manifiestas, los signos oculares de carencia de vitamina A, la anemia intensa, la hipoglucemia, las diarreas continuas o recidivantes, las lesiones de la piel y las mucosas, la anorexia y la hipotermia. En caso de deshidratación leve o moderada, se administran líquidos por vía oral o por sonda nasogástrica, si es deshidratación severa se administran líquidos por vía parenteral. Las infecciones bacterianas se deben tratar

---

<sup>53</sup> R. Martínez y Martínez. La salud del niño y del adolescente. 2ª. Edición. México. Salvat. 1995. pág. 672.

simultáneamente, mientras que el tratamiento de las parasitosis (si no son graves) se pueden posponer hasta conseguir la recuperación de la malnutrición <sup>54</sup>.

Una vez corregidos los problemas agudos, el tratamiento de la desnutrición es básicamente dietético; generalmente debe emplearse dieta normal y blanda, de fácil ingestión y digestión gástrica e intestinal agradable para ser consumida.

En los pacientes con desnutrición grave es recomendable recurrir al empleo de sucedáneos, fórmulas semielementales y elementales, que tienen como característica primordial el de ser fácilmente absorbibles.

Cuando se dan dietas ricas en calorías y proteínas muy pronto y con demasiada rapidez, el hígado aumenta de tamaño, el abdomen se distiende mucho y el niño mejora muy despacio.

Una vez iniciado el tratamiento el paciente puede perder peso durante algunas semanas, debido a la desaparición del edema. Las enzimas séricas y digestivas vuelven a la normalidad y mejora la absorción intestinal de grasas y proteínas<sup>55</sup>.

La mejor forma de observar la mejoría del paciente, es cuando recobra el apetito e interés por el alimento, aumento progresivo de peso y desaparición del edema, lesiones cutáneas y mucosas, normalización del cuadro hematológico y bioquímico, bienestar general .

### Consideraciones de enfermería

La enfermera deberá hacer uso de todos sus conocimientos y en base a ello elaborar un esquema metodológico para brindar atención de calidad, por ejemplo, es muy importante cubrir las necesidades fisiológicas esenciales, como descanso, actividad adaptada al individuo y protección contra infecciones.

---

<sup>54</sup> Waldo E. Nelson. Tratado de pediatría. 13ª edición. Madrid, España. Interamericana Mc Graw-Hill. 1989. pág. 146.

<sup>55</sup> Ídem. pág. 146.

Dado que los niños suelen estar débiles y mostrarse retraídos, dependen de los demás para alimentarse. Las medidas de higiene a veces resultan difíciles, a causa de la mala integridad de la piel, y la posición en decúbito dorsal constituyen una amenaza constante. También se debe estimular el desarrollo de forma adecuada.

El mayor problema es prevenir estas enfermedades, con una información adecuada sobre la importancia de incluir en la dieta proteínas de alta calidad y carbohidratos idóneos. Como los niños con marasmo a veces sufren también de *inanición emocional*, la atención será similar a la de los que presentan fracaso del desarrollo<sup>56</sup>. Esto constituye el realizar una valoración que permita identificar las características de malnutrición, e intervenir proporcionando un ambiente tranquilo, no estimulante; mantener una conducta tranquila e igual durante la comida; hablarle al niño dándole instrucciones al niño por muy pequeño que sea; introducir los alimentos nuevos lentamente; seguir el ritmo de alimentación del niño que él sólo establecerá cuando se cumplan las condiciones previas; desarrollar una rutina estructurada; ser perseverantes; mantener una postura cara a cara con el niño, siempre que sea posible, quedándose con él durante toda la comida.

---

<sup>56</sup> Whaley & Wong Op. Cit. pág. 928.



## **IV. ESQUEMA METODOLÓGICO**

### 4.1. VARIABLES

Para llevar a cabo la jerarquización de las necesidades, de acuerdo al nivel de dependencia del paciente se aplicaron como variables las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Además de esto también fue tomado en cuenta la propuesta de Phaneuf, la cual propone los siguientes niveles de dependencia:

#### Independencia

Nivel 1. La persona puede satisfacer por si sola sus necesidades, logrando así el equilibrio físico y psicológico.

#### Dependencia

Nivel 2. Para lograr satisfacer sus necesidades y ser independiente, la persona se ve obligada a utilizar algún dispositivo o prótesis.

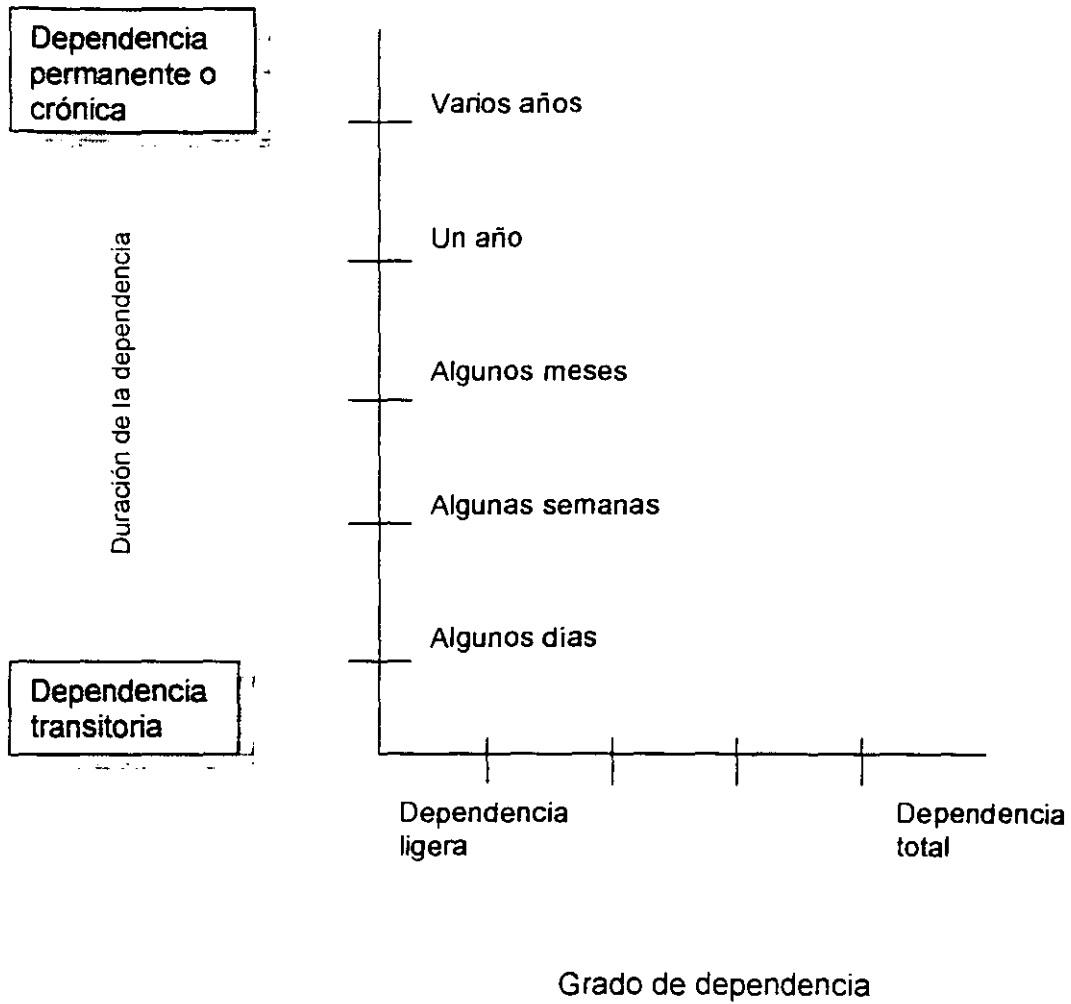
Nivel 3. La persona requiere de la supervisión para identificar en que momento necesita de ayuda.

Nivel 4. Con frecuencia se requiere de la ayuda de otra persona para la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su tratamiento.

Nivel 5. Requiere de la asistencia permanente de otra persona para la realización de las necesidades, aunque sea capaz de participar en ello.

Nivel 6. Incapaz de satisfacer sus necesidades, depende totalmente de otra persona.

A su vez Phaneuf menciona que la dependencia de una persona debe de estar basada con relación al tiempo . A continuación se grafica esta relación.



Fuente: Relación entre la duración y el grado de independencia según Phaneu.

A pesar de que Phaneuf ubica los niveles de dependencia para una persona adulta, en este caso fueron adaptados y utilizados para valorar el estado de dependencia de un lactante menor.

Así pues al considerar estas propuestas se jerarquizó al paciente en un nivel real interdependiente en cuanto lo que se refiere a la necesidad de nutrición. De esta misma forma fueron ubicadas las demás necesidades afectadas.

Estos niveles fueron retomados constantemente al evaluar los objetivos del proceso de atención de enfermería.

#### 4.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración del paciente se realizó en forma exhaustiva y focalizada. En la primera de ellas se reunieron y organizaron todos los datos suficientes para detectar las necesidades que presentaba según el Modelo de Enfermería seleccionado, quien recomienda utilizar las fuentes primarias con la aplicación de entrevista, observación, historia clínica y exploración física y fuentes secundarias con la revisión del expediente clínico y revisión bibliográfica, lo que permitió recolectar datos necesarios para el desarrollo del caso.

También se realizaron valoraciones focalizadas, dando seguimiento a la satisfacción de su primer necesidad que es la de nutrición, con 12 visitas al servicio en el que se encontraba hospitalizado, utilizando como medio para describir la situación del paciente una bitácora cada vez que se realizaban las visitas.

#### 4.3. MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El Proceso de Atención de Enfermería orientado por la propuesta de Virginia Henderson, fue el método básico para el desarrollo de este estudio de caso, sin olvidar que el método clínico fue indispensable

para la recolección de datos en cada visita al paciente utilizando los métodos de observación, entrevista y exploración física.

La observación que se realizó fue de tipo participante, porque a través de los sentidos se apreció el estado general del paciente.

La entrevista, ocupó un lugar muy importante porque permitió detectar las necesidades con la obtención de datos que, de acuerdo con Alfaro<sup>57</sup> se clasificaron en subjetivos, los cuales fueron referidos por el familiar y los datos objetivos recabados con la revisión de datos de laboratorio, medidas antropométricas y anamnesis, que fueron reforzados a través del registro clínico del paciente, así como la consulta con expertos y validados con la investigación documental.

Las características principales de la entrevista fueron mediante un formato que cuenta con los elementos del Modelo elegido e incluye la captura de datos que permiten detectar las necesidades del paciente en sus aspectos bio-psico-social, cultural y espiritual, a través de preguntas abiertas y cerradas, esto es, un instrumento estructurado (ver anexo No. 2).

La exploración física constó de la aplicación de sus cuatro técnicas (inspección, palpación, percusión y auscultación), tomando nota de cada uno de ellos para posteriormente analizarlos y en cada visita se realizaron valoraciones focalizadas según la evolución del estado de salud del niño.

#### 4.4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Una vez recabada toda la información y al jerarquizar las necesidades, se establecieron 12 diagnósticos, de los cuales 9 son reales y 3 son de riesgo.

---

<sup>57</sup> Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería, pág. 40

Los diagnósticos fueron diseñados de acuerdo a las propuestas de la NANDA utilizando el formato PES (revisar proceso de enfermería). Los propuestos de acuerdo a las necesidades alteradas y al análisis de los datos fueron:

FECHA	DIAGNÓSTICO	JERARQUIA
27-04-99	Alteración de la nutrición, relacionado con incapacidad del intestino para absorber los nutrientes, manifestado por peso corporal inferior al porcentaje de peso esperado.	Real interdependiente
27-04-99	Riesgo de aspiración relacionado con la posición decúbito dorsal del paciente y la colocación de la sonda orogástrica.	Potencial
27-04-99	Alteración de la eliminación intestinal, relacionado con trastornos nutricionales, manifestado por evacuaciones continuas líquidas con rasgos de sangre macroscópica.	Nivel 5 Real
27-04-99	Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con evacuaciones diarreicas.	Potencial
27-04-99	Limpieza ineficaz de las vías aéreas respiratorias, relacionado con aumento de la secreción traqueobronquial, manifestado por incapacidad para eliminar secreciones.	Nivel 2 Real
27-04-99	Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionado con efectos de la mal nutrición, manifestado por retraso para realizar las tareas propias del desarrollo.	Nivel 4 Real
27-04-99	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la pérdida de la continuidad de la piel por procedimiento quirúrgico en cuadrante superior izquierdo de abdomen de 2 cm. de longitud, manifestado por proceso de granulación.	Nivel 2 Real
27-04-99	Alto riesgo de infección sistémica relacionado con instalación de catéter central por venodisección en vena safena derecha.	Potencial
03-05-99	Deterioro de la movilidad física relacionado con instalación de catéter, manifestado por limitación de movimiento de amplitud de miembro inferior izquierdo.	Nivel 2 Real
30-06-99	Alteración de la temperatura corporal relacionado con proceso de origen infeccioso, manifestado por piel caliente al tacto.	Nivel 3 Real
30-03-99	Alteración de los procesos familiares, relacionado con la hospitalización prolongada de un integrante de la familia, manifestado por incapacidad para adaptarse a los cambios y afrontar las nuevas experiencias en forma constructiva.	Nivel 4 Real
01-07-99	Alteración del patrón del sueño, relacionado con entorno ruidoso y tratamiento médico, manifestado por irritabilidad, ojeras y bostezos frecuentes.	Nivel 5 Real

#### 4.5. PLAN DE INTERVENCIONES

El plan de intervenciones que se elaboró en el presente estudio de caso consta de:

Un apartado para la identificación del paciente, posterior a ello presenta los diagnósticos previamente jerarquizados con sus objetivos establecidos, así como las intervenciones que se realizaron para satisfacer las necesidades, con sus respectivas intervenciones fundamentadas para finalizar con la evaluación del cumplimiento o no de los objetivos. Todos los diagnósticos se encuentran fechados de acuerdo a las valoraciones focalizadas que se realizaron.

El objetivo principal de llevar este plan en esta forma, fue planificar cuidados programándolos de acuerdo a la importancia de las intervenciones en las necesidades del paciente.

Cabe señalar que la mayoría de los cuidados, fueron brindados durante la hospitalización y el plan de enfermería se comentó con las enfermeras del servicio donde estaba internado el niño.

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

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Nombre: **E. E. G.**

Servicio: **Nutrición**

Edad: **3/12** Sexo: **Masculino** Dx. Médico: **Desnutrición III**

Registro: **744462**

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
27-04-99	Alteración de la nutrición, relacionado con incapacidad del intestino para absorber los nutrientes, manifestado por peso corporal inferior al porcentaje de peso esperado.	El paciente alcanzará la recuperación del peso ideal para su edad, sexo, talla y constitución corporal.	<p><u>Interdependiente</u></p> <p>1. Administración de nutrición parenteral total (NPT) 99 ml p/6 hrs.</p> <p>2. <u>Interdependiente</u> Administración de lipofundín a razón de 57ml p/18hr.</p>	<p>1. La aplicación de NPT es un procedimiento mediante el cual se suministran calorías, minerales y vitaminas suficientes para cubrir los requerimientos metabólicos del lactante, incapaz de recibir alimentación por vía orogástrica. (INPer, 1992)</p> <p>2. Los niños que no reciben un aporte suficiente de grasa especialmente el</p>	<p>1. La administración de NPT se realizó solo bajo indicación médica. Notificando al médico la aceptación de NPT por parte del paciente, para que de esta forma se valorará suspensión tras la tolerancia de la vía oral.</p> <p>2. La infusión fue administrada diaria-mente de acuerdo a la indicación.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>a) Vigilar que la administración de lipofundín no exceda de más de 18 hrs.</p> <p>b) Vigilar que la infusión de lipofundín sea lenta y uniforme.</p> <p>3. Detectar datos de: a) Hiperlipidemia. Observando cambios del estado mental, hiperglucemia, glucosuria.</p>	<p>Lactante menor y con déficit nutricional, desarrollan deficiencia de ácidos grasos esenciales rápidamente. Su administración I. V. previene la deficiencia de lípidos (INPer, 1992).</p> <p>a) La administración excesiva de lipofundín (más de 0.5g/Kg. /día) puede producir hiperlipidemia (INPer, 1992).</p> <p>b) Esta precaución garantiza las concentraciones apropiadas de aminoácidos. (Whaley &amp; Wong, 1995)</p> <p>3. Cuando se excede la capacidad de metabolizar las grasas se produce elevación de triglicéridos y ácidos</p>	<p>a) La administración nunca excedió por más de 18 hr.</p> <p>b) La utilización de bombas de infusión contribuyó en la infusión lenta y uniforme.</p> <p>3. El paciente no manifestó signos ni síntomas por exceso de infusión de lipofundín.</p>



FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>b) Detectar datos de difusión y falla hepática observando, evacuaciones acólicas.</p> <p>4. Utilizar técnica aséptica cuando se cambie la infusión por otra nueva.</p> <p>5. Toma de labstix y densidad urinaria una vez por turno.</p>	<p>grasos.</p> <p>b) El exceso de administración de lípidos puede producir colestásis intrahepática (INPer, 1992).</p> <p>4. La técnica aséptica puede prevenir la contaminación.</p> <p>5. La diuresis osmótica puede resultar de la incapacidad de compensar la rápida infusión de una infusión elevada en glucosa. El consiguiente aumento en la glucemia, produce cambios en el compartimiento vascular para intentar diluir la concentración de glucosa</p>	<p>b) Sus evacuaciones nunca fueron acólicas.</p> <p>4. No se garantiza que de todas las veces en que se cambio el lipofundín haya existido alguna maniobra que propagara la contaminación.</p> <p>5. Durante el turno el paciente tubo un labstix y D. U. dentro de limites normales. Labstix con pH 6 y el resto negativo. D.U. de 1.010</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>7. Toma de destrostix una vez por turno.</p> <p>8. Proteger la NPT de la luz cuando este indicado.</p>	<p>7. La toma de destrostix es importante porque si se infunde un volumen superior al del requerimiento del paciente o bien flujos demasiado rápidos puede ocasionar hiperglucemia. Si la NPT es suspendida en forma rápida se puede ocasionar hipoglucemia. Y si la concentración de glucosa es elevada o baja con respecto a los requerimientos del paciente, esto también puede producir hipo o hiperglucemia (INPer, 1992).</p> <p>8. Los aminoácidos que contienen la NPT pueden inactivarse al contacto con la luz (INPer 1992).</p>	<p>7. El paciente se mantuvo con destrostix entre 70 y 100 mg/dl.</p> <p>8. Debido a que el equipo de infusión no cubría las características para que no se inactivara la NPT, ésta se tubo que cubrir.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>8. <u>Interdependiente</u>  Proporcionar dieta elemental Tolorex 40 ml c/3 horas por sonda nasogástrica.</p> <p>a) Proporcionar la fórmula en pequeñas cantidades y en la frecuencia indicada.</p>	<p>8. Esta dieta es bien tolerada en la deficiencia de capacidad digestiva, puesto que no requiere de hidrólisis y se absorben con facilidad en las vellosidades Intestinales (Jame A. 1997. Además de aportar nitrógeno en forma de aminoácidos libres, contiene taurina y carnitina, glutamina y arginina.</p> <p>a) La distribución uniforme de la ingesta calórica total durante todo el día ayuda a prevenir la distensión gástrica, aumentando posiblemente el apetito (Carpenito, 1995).</p>	<p>8. En un mes sólo logró incrementar 275 gr. Sin necesidad de emplear NPT, más que lipofundin.</p> <p>a) El aumento del perímetro abdominal vario sólo por 1 cm, no siendo significativo</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>b) Proporcionar la fórmula a temperatura ambiente.</p> <p>c) Dar alimentación elemental a través de sonda nasogástrica.</p> <p>9. Llevar un control diario de peso</p>	<p>b) Esta fórmula se debe dar a la temperatura ambiente, ya que el frío retrasa el vaciamiento gástrico y caliente puede provocar vómitos.</p> <p>c) La fórmula elemental suele tener un sabor desagradable, esto y la sonda orogástrica contribuye a la presencia de náuseas y vómito y con ello la pérdida de nutrientes. Además en pacientes con desnutrición severa evita el gasto de energía (Carpenito, 1995)</p> <p>9. El peso diario proporciona los datos para evaluar el balance de nitrógeno, el rápido aumento puede</p>	<p>b) Siempre se tubo la precaución de proporcionar esta fórmula a temperatura ambiente.</p> <p>c) Mediante esta estrategia se limito el gasto de energía excesivo.</p> <p>9. En el niño no se observaron datos de edema, pero tampoco hubo ganancia ponderal.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
27-04-99	Riesgo de aspiración, relacionado con la posición decúbito dorsal del paciente y de la sonda nasogástrica.	El paciente reducirá el mínimo de complicaciones de la terapia enteral, a través de las intervenciones oportunas de enfermería durante el turno.	<p>10. Controlar los signos y síntomas de la hipoglucemia después de completar la alimentación por sonda:</p> <p>a) Taquicardia b) Sudoración profusa c) Debilidad generalizada.</p> <p>1. Elevar la cabecera de 30 a 40° durante la alimentación.</p> <p>2. Verificar la posición de la sonda para alimentación mediante la aspiración del contenido gástrico.</p> <p>3. Administrar la alimentación por sonda</p>	<p>indicar edema (Carpenito, 1995)</p> <p>10. El cese repentino de la alimentación enteral en un paciente con estrés fisiológico puede provocar una reacción hipoglucémica (Carpenito, 1995).</p> <p>1. La elevación de la parte superior puede prevenir el reflujo mediante el uso de la gravedad inversa (Carpenito, 1995).</p> <p>2. La adecuada colocación de la sonda debe verificarse antes de la alimentación para prevenir introducir la fórmula en aparato respiratorio (Carpenito, 1995).</p> <p>3. Administrar la alimentación en</p>	<p>10. No presento síntomas ni signos de hipoglucemia.</p> <p>1. Esta medida siempre fue aplicada durante y después de la alimentación.</p> <p>2. La sonda nasogástrica siempre se mantuvo en cavidad gástrica.</p> <p>3. Al momento de revisar el residuo gástrico, éste</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>nasogástrica sólo si el contenido residual no es mayor de 20% del índice de administración que pasa en una hora.</p> <p>4. Regular la alimentación gástrica intermitente para permitir el vaciado gástrico entre cada toma.</p> <p>5. Controlar la salida de la sonda vigilando:  a) Erosión de mucosas  b) Dolor y molestias  c) Sangrado  d) Ulceración</p>	<p>presencia de un excesivo contenido residual aumenta el riesgo de reflujo y aspiración (Carpenito, 1995).</p> <p>4. Dicha alimentación es necesaria para prevenir la sobrealimentación y aumento del riesgo de reflujo y aspiración.</p> <p>5. La presión externa o la tensión en las estructuras puede producir erosión de las mucosas.</p>	<p>no excedió de 150 ml.</p> <p>4. La utilización de un microgotero con flujo lento favoreció el vaciado gástrico.</p> <p>5. La instalación adecuada de la sonda contribuyó para impedir que tuviera molestias el paciente.</p>
27-04-99	Alteración de la eliminación intestinal relacionado con trastornos nutricionales, manifestado por evacuaciones continuas líquidas con rasgos de sangre macroscópica.	El paciente reducirá las complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal, mediante la intervención oportuna del personal de enfermería.	<p>1. Vigilar:  a) Disminución del número de deposiciones.  b) Aumento de la consistencia de las deposiciones.</p>	<p>1. La valoración ayuda a prevenir alteraciones metabólicas</p>	<p>1. Las evacuaciones disminuyeron de frecuencia pero no de consistencia.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>2. Mantener un ambiente libre de olores alrededor del paciente:</p> <p>a) Desechando inmediatamente los pañales sucios</p> <p>b) Cambiar sábanas sucias</p> <p>3. Realizar aseo de la región perianal con agua tibia y jabón neutro dejando seca la piel.</p> <p>4. Buscar signos y síntomas de desequilibrio electrolítico:</p> <p>a) Fontanela hundida</p> <p>b) Mucosas secas</p> <p>c) Ojos hundidos</p> <p>e) Llanto sin lágrimas</p>	<p>2. El olor fecal puede producir perturbación. El olor de evacuación es desagradable y si se deja en la cama del paciente se convierte en un medio de infección (Carpenito, 1995).</p> <p>3. Con frecuencia los niños con diarrea presentan irritación perianal por las frecuentes deposiciones líquidas y ácidas.</p> <p>4. En la diarrea osmótica el deterioro de la absorción de líquidos por el intestino se debe a la ingestión de solutos que no pueden digerirse o a una menor absorción intestinal. El paso de agua y electrolitos al</p>	<p>2. El lugar del paciente por lo general se mantuvo limpio y libre de olores desagradables.</p> <p>3. No se presentó irritación perianal severa.</p> <p>4. El paciente, no presentó datos de desequilibrio hidroelectrolítico.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p><u>Interdependiente</u></p> <p>5. Administración de medicamentos:</p> <p>a) Mezalasina 69 mg. V.O. C/8 hr.</p> <p>b) Mezalasina 500 mg. en 60 ml. de agua y pasar por enema C/24 hr. por la noche.</p>	<p>Intestino es mayor al que puede absorberse, y el líquido diarreico es rico en potasio. (Carpenito, 1995).</p> <p>a) La mezalasina pertenece al grupo de la sulfasalacina la cual es muy útil como antiinflamatorio en la úlcera péptica (Katzung 1992).</p> <p>b) Para que la mezalasina remita la úlcera, es necesaria una dosis de 2 gr./día por lo cual se recomienda dar en dosis fraccionadas dejando una dosis en mayor cantidad para la noche, ya que se ha demostrado que aprovechando el reposo y administrado en</p>	<p>Fueron administrados los medicamentos de acuerdo a las indicaciones médicas que estaban especificadas en el expediente.</p> <p>De acuerdo al reporte oral y escrito del enlace de turno se constató que los enemas se vinieron realizando.</p>



FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>c) Ranitidina 4 mg. I. V. C/8 hr.</p> <p>d) Ferrinsol 1 ml. diluido en 10 ml. de agua y pasar por sonda.</p> <p>e) Ácido fólico 1 mg V. O C/24 hr.</p>	<p>forma de enema remite la colitis del lado izquierdo (Katzung, 1992).</p> <p>c) La ranitidina es un antiácido que disminuye la secreción gástrica previniendo de esta forma la úlcera duodenal y gástrica y prevenir su recurrencia (Katzung, 1992).</p> <p>d) El sulfato ferroso ayuda a corregir los valores de hemoglobina, la cual se ve afectada ante la pérdida por sangrados ocasionados por la úlcera. Es bien absorbido en el duodeno y yeyuno (Katzung, 1995).</p> <p>e) Como la megalocitosis inhibe la absorción de ácido fólico es necesario dar un suplemento de folato (Katzung, 1992)</p>	

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
27-04-99	Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con evacuaciones diarreicas.	El paciente mantendrá una hidratación adecuada, mediante la realización de intervenciones oportunas de enfermería.	<p>1. Valorar los signos vitales, la turgencia de la piel, las membranas mucosas y el estado de conciencia y registrarlos en la hoja de enfermería.</p> <p>2. Realizar balance hídrico cada cuatro horas.</p>	<p>1. La observación e intervención de enfermería son esenciales para detectar y tratar la deshidratación, sobre todo en los lactantes, en donde los cambios pueden ocurrir en un espacio muy corto (Whaley 1995).</p> <p>2. Las medidas exactas de la ingestión y eliminación de líquidos son vitales para valorar la deshidratación. Se incluyen aquí la ingestión parenteral y las pérdidas por orina las heces y los vómitos (Whaley 1995).</p>	<p>1. Se tomaron signos vitales cada cuatro horas valorando continuamente el estado de conciencia y otros datos de deshidratación, que afortunadamente el niño no presentó. Los signos vitales fueron registrados en la hoja de enfermería.</p> <p>2. El balance hídrico se realizó cada cuatro horas, el cual resulto siempre positivo.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>3. Realizar densidad urinaria una vez por turno dependiendo del resultado anterior.</p> <p>4. Realización de labstix en evacuación.</p> <p>5. Realización de sustancias reductoras en evacuación.</p>	<p>3. Los valores límite de densidad depende del estado de hidratación y varía con la carga de volumen y la carga de sólidos que son excretados. El valor normal de D. U. en un niño es de 1.010 a 1.018 (Talaska, 1993).</p> <p>4. La absorción conjugada de glucosa y sodio en el intestino delgado, se favorece en presencia de pH alcalino. (Mota F., 1993).</p> <p>5. Las sustancias reductoras permiten detectar la mala absorción de carbohidratos. La cantidad de cuerpos reductores en las heces suele ser de 0.25%</p>	<p>3. Al realizar D. U con tira reactiva, ésta se encontró entre las cifras normales.</p> <p>4. El labstix tomado en evacuación resulto con pH de 5-6.</p> <p>5. Las sustancias reductoras tomadas en evacuación fueron positivas (+).</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			6. Tomar perímetro abdominal por turno.	<p>El hallazgo de más de .5% de sustancias reductoras en las heces es anormal y sugiere mala absorción de carbohidratos. Si existe mala absorción de carbohidratos, el pH de las heces puede ser menor de 6 (The Harriet Lane, 1992).</p> <p>6. La distensión abdominal de más de 3 cm de aumento del perímetro abdominal en lactantes, que se acompaña de otros signos: vómito, dolor y edema de pared, resistencia abdominal y disminución de la peristálsis, indica una valoración radiológica con placa simple de abdomen,</p>	6. El perímetro abdominal no excedió de .5 a 1 cm.

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			7. Realizar destrostix por turno	<p>para descartar complicación abdominal de solución quirúrgica (Mota F, 1993).</p> <p>7. Debido a la alteración osmótica que ocurre en la diarrea, en el interior de las células, la glucosa y el Na se dirigen parcialmente a los espacios intercelulares provocando en algunos casos hipoglucemia. Por lo que es importante que se vigile que los valores de glucosa en sangre se mantengan de 70-120 mg/dl (Talaska, 1993).</p>	7. El destrostix que se tomo en el turno se mantuvo entre 80 y 110 mg/dl.
			8. <u>Interdependiente</u> Reposición de pérdidas de líquidos al 100% con solución Hartman.	8. La sol. Hartman es un cristaloiide, útil en la deshidratación, porque expande eficientemente el	8. Durante el turno se realizó reposición por pérdidas con solución Hartman al 100% en dos ocasiones.

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
27-04-99	Limpieza ineficaz de las vías aéreas respiratorias, superiores relacionado con aumento de las secreciones traqueobronquiales, manifestado por estertores e incapacidad para eliminar las secreciones.	El paciente reducirá al máximo las complicaciones debidas al aumento de secreciones en la vía respiratoria mediante la intervención oportuna de enfermería.	1. Elevar la cabecera de la cama de 30 a 40°. Realizar fisioterapia pulmonar: a) Drenaje pulmonar b) Percusión c) Vibración	espacio intersticial y corrige las deficiencias de sodio, se requiere una administración al 100% para recuperar el volumen perdido (Chameides L., 1990). 1. Esta posición facilita la óptima respiración aumentando el drenaje de las secreciones (Carpenito, 1995). El drenaje postural aprovecha la fuerza de gravedad para favorecer la salida de las secreciones pulmonares y bronqueales hacia la tráquea. La percusión y la vibración fluidifican las secreciones (Mathew Cahill, 1992).	1. El realizar esta intervención favoreció en la pronta eliminación del exceso de secreciones.

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>2. Aspiración de secreciones según sea el caso, manteniendo una técnica estéril.</p> <p>3. Mantener un estado óptimo de hidratación.</p> <p>4. Revalorar al paciente posterior a la aspiración de secreciones, a través del método clínico, utilizando principalmente la inspección y auscultación.</p>	<p>2. La aspiración elimina las secreciones y previene el estacionamiento de las mismas (Carpenito 1995).</p> <p>3. El estado de hidratación afecta a la cantidad y carácter de las secreciones. Un paciente deshidratado está en mayor riesgo de hipersecretar moco (Carpenito, 1995).</p> <p>4. Al realizarse la inspección se pueden visualizar los movimientos torácicos. En los niños menores de 7 años las respiraciones son diafragmáticas y el abdomen sube al inspirar. Las retracciones indican dificultad</p>	<p>2. La continua aspiración fue eliminando las secreciones.</p> <p>3. Sus secreciones siempre fueron fluidas lo cual favoreció su aspiración.</p> <p>4. Siempre se procuro evaluar al paciente antes y después de aspirar secreciones</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p><u>Interdependiente</u> 5. Auxiliar al técnico de Rx. en la toma de placa de tórax.</p>	<p>respiratoria en los lactantes. Normalmente, los ruidos respiratorios en el lactante son mas fuertes y agudos que en el niño pequeño, debido a la pared torácica. Los estertores o dificultad respiratoria asimétrica puede indicar la presencia de un cuerpo extraño como lo son la presencia de secreciones (Joyce E. 1993.).</p> <p>5. La radiografía es un magnifico instrumento para valorar que existe una correcta ventilación en pulmones. En una placa simple de tórax, normalmente se marca a la</p>	<p>5. Afortunadamente al niño se le fue tomada una placa de tórax con la cual se pudo valorar que el área pulmonar no mostraba hallazgos graves de obstrucción en pulmones.</p>



FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
27-04-99	Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionado con una mal nutrición, manifestado por retraso para realizar las tareas propias del desarrollo de un lactante menor.	El niño realizara conductas de acuerdo a su edad y etapa de crecimiento, mediante la participación de los papás, la enfermera y personal de rehabilitación, mientras esté hospitalizado.	<p>1. Valorar cuidadosamente el nivel de desarrollo del niño en todas las áreas de funcionamiento, mediante el instrumento de valoración de Denver.</p> <p>2. Enseñar a los padres las tareas del desarrollo relacionado con la edad (3/12).</p> <p>A) Succión y deglución</p> <p>B) Respuesta a estímulos visuales</p> <p>C) Respuesta a estímulos auditivos</p> <p>D) Equilibrio</p>	<p>vez que delimita el área pulmonar con una imagen oscura lo cual indica presencia de aire.</p> <p>1. La aplicación de un instrumento de valoración como la de Denver es de gran ayuda para detectar la edad a la que corresponde las conductas del paciente, y de esta forma iniciar los ejercicios de estimulación temprana (Whaley &amp; Wong 1995).</p> <p>2. Es importante que los padres se integren a estos ejercicios desde el nacimiento, ya que esto le ayuda a conocerlo y disfrutar más a su hijo (Villanueva, 1992). La estimulación temprana es muy útil</p>	<p>1. Con la aplicación de la valoración se apreció que el niño aún tiene una conducta indiferente a estímulos audiovisuales así como falta de control para sostener la cabeza.</p> <p>2. Los padres colaboraron en los ejercicios rehabilitatorios, observando primero y posteriormente realizándolos.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>E) Respuesta a estímulos sensoriales.</p> <p>3. Observar la relación entre los padres y el niño durante la alimentación.</p> <p>4. Animar a los padres a que participen en los cuidados de enfermería si es posible.</p>	<p>si se emplea adecuadamente en los niños que han estado hospitalizados por mucho tiempo y su desarrollo se ve afectado. En esta estimulación siempre se deben de realizar ejercicios acordes con la etapa a la que corresponde la edad del niño, advirtiendo a los padres que no se debe abusar de ella y realizarla si es que el niño no se encuentra dormido, acaba de comer o tiene fiebre.</p> <p>3. La alimentación favorece el vínculo madre-hijo. El baño es muy útil para dar estimulación táctil.</p> <p>4. La participación de los padres en el cuidado de su hijo permite que se</p>	<p>3. La relación entre padres e hijo fue positiva.</p> <p>4. La mamá participó en algunas curaciones, en el baño y alimentación.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
27-04-99	Deterioro de la integridad cutánea, relacionada con la pérdida de continuidad de la piel por procedimiento quirúrgico en cuadrante superior izquierdo de abdomen de 2 cm de longitud, manifestado por proceso de granulación.	Favorecer en el menor tiempo posible el proceso de cicatrización de la herida quirúrgica, mediante la adecuada intervención de enfermería.	<p>5. Proporcionarle un chupón si el niño lo desea y si es posible.</p> <p>1. Realizar curación diaria con técnica estéril.</p> <p>2. Proporcionar un ambiente que favorezca la cicatrización con colocación de vendotes.</p>	<p>involucra en su cuidado.</p> <p>5. Es importante que se estimule el reflejo de succión con el objeto de que el niño lo utilice cuando ya pueda alimentarse con biberón.</p> <p>1. La piel y las mucosas dehiscentes están expuestas a infectarse por la propagación de microorganismos patógenos como el Estafilococo aureus o Pseudomonas.</p> <p>2. Los vendotes unen los bordes de la piel separados aprovechando la secreción de colágeno que se produce en la 4a. semana de posoperado (Whaley &amp; Wong 1995).</p>	<p>5. El niño no perdió el reflejo de succión.</p> <p>1. Los bordes de la piel separados, se fueron uniendo poco a poco y en el término de dos semanas la herida quedó perfectamente cerrada sin complicaciones por infección.</p> <p>2. La colocación de vendotes contribuyó a que sanara la herida.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
27-04-99	Alto riesgo de infección sistémica relacionada con instalación de catéter central por venodisección en vena safena derecha.	Evitar el desarrollo y proliferación de microorganismos patógenos mediante la acción oportuna de enfermería.	<p>3. Mantener la herida limpia y seca.</p> <p>4. Vigilar la presencia de infección</p> <p>a) Inflamación</p> <p>b) Eritema</p> <p>c) Secreción purulenta</p> <p>d) Hipertermia</p> <p>e) Dolor</p> <p>1. Curación cada 6 días o antes si se encuentra sucio el apósito o existen datos de secreción en el sitio de inserción.</p> <p>2. Registrar en la hoja de enfermería las condiciones en que se encuentra la herida y el catéter.</p> <p>3. Cada que se realice la curación, medir la longitud externa del catéter</p>	<p>3. La humedad genera la producción de microorganismos.</p> <p>4. La rápida detección de infección permite un tratamiento inmediato encaminado a reducir su gravedad (Carpenito, 1995).</p> <p>1. Entre menos manipulación tenga el catéter menor riesgo de infección tendrá (Potter, 1995).</p> <p>2. La hoja de enfermería es un documento legal fiable, que sirve de apoyo para observar la evolución del paciente.</p> <p>3. La medición del catéter permite valorar sus</p>	<p>3. La piel se mantuvo seca durante el turno.</p> <p>4. La herida no presentó datos de infección.</p> <p>1. La curación se realizaba una o dos veces a la semana, debido a que el apósito se humedecía principalmente de evacuación.</p> <p>2. El reporte en la hoja de enfermería se realizó diariamente.</p> <p>3. La longitud externa del catéter aumentó 2 cm. y los puntos de fijación se</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
03-05-99	Deterioro de la movilidad, física relacionada con instalación de catéter, manifestada por limitación de movimientos de amplitud del miembro inferior izquierdo.	Evitar la atrofia muscular por falta de movimiento, mediante la intervención de los papás, enfermería y personal de rehabilitación.	<p>comparando la medida con la anterior.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar el mayor nivel de movilidad en ambos miembros, en especial en miembro inferior izquierdo.</li> <li>2. Fomentar una óptima circulación sanguínea mientras se está encamado dando cambios posturales cada 2 hrs.</li> <li>3. Mantener la alineación de los segmentos corporales.</li> <li>4. Examinar las prominencias óseas en cada cambio postural de</li> </ol>	<p>desplazamiento hacia fuera y con ello prevenir complicaciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El movimiento regula y alivia la presión constante en las prominencias óseas (Carpenito, 1995).</li> <li>2. Aliviar intermitentemente la presión permite que la sangre vuelva a entrar a los capilares privados de O<sub>2</sub> debido a la compresión (Carpenito, 1995).</li> <li>3. Los cambios mínimos facilitan la reperusión de aéreas comprimidas (Carpenito, 1995).</li> <li>4. La hiperemia reactiva puede ser suficiente para</li> </ol>	<p>desprendieron.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La misma edad del niño favoreció para que se realizarán los movimientos sin forzar demasiado.</li> <li>2. Dentro de lo posible se dieron cambios posturales e incluso se permitió que sus papás lo cargaran en brazos.</li> <li>3. La edad del niño favoreció esta intervención.</li> <li>4. No presentó en ninguna parte del cuerpo alteraciones en la piel que</li> </ol>

FECHA	DX DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>las áreas enrojecidas no desaparecen transcurridos 30 min. del cambio postural, hacer cambios posturales al paciente con mayor frecuencia.</p> <p>5. Colocar al paciente en un ángulo de 30° y decúbito lateral.</p>	<p>compensar la isquemia local.</p> <p>5. Esta postura ayuda a la presión en el trocánter y sacro simultáneamente. El fowler alto aumenta el roce en el sacro (Carpenito, 1995).</p>	<p>se relacionará con la postura.</p> <p>5. Esta posición se utilizo muy poco y fue del lado opuesto al sitio de inserción del catéter.</p>
30-06-99	Alteración de la temperatura corporal relacionada con proceso infeccioso, manifestada por aumento de la temperatura de la piel al tacto, taquicardia e irritabilidad.	El paciente recuperará la normalidad de la temperatura corporal y de los restantes signos vitales comparándolos con los normales.	<p>1. Toma y registro periódico de la temperatura corporal, llevando su registro utilizando una curva térmica.</p> <p>2. Aplicación de medios físicos:</p> <p>a) Utilización de mínima ropa.</p> <p>b) Aplicación de</p>	<p>1. El empleo de una curva térmica como monitoreo de la temperatura es útil, porque permite valorar como se ha mantenido la temperatura corporal en un determinado lapso de tiempo.</p> <p>2. Existen básicamente cuatro mecanismos por los que ocurre termorregulación:</p>	<p>1. La temperatura corporal fue tomada con intervalos de 30 a 60 minutos, registrándose en la hoja de enfermería, en la cual llevo curva térmica.</p> <p>2. Después de cuatro horas de aplicar medios físicos, la elevación de la temperatura no cedió. La temperatura se mantuvo</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>compresas tibias en cabeza y abdomen. c) Baño de tina.</p>	<p>Evaporación, conducción, radiación y convección; siendo los 3 últimos los encargados de que se gane calor (Jafrey, 1986). La temperatura corporal es regulada por un termostato situado en el hipotálamo Este mecanismo recibe entrada de receptores situados central y periféricamente. De tal modo que el empleo de la mínima ropa , compresas o baño con agua tibia ayudan a disminuir la temperatura central y periférica a la vez (Whaley &amp; Wong 1995).</p>	<p>de 38 a 39° C. Se notificó al médico encargado del paciente.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
			<p>3. Vigilar el estado de hidratación constante-mente.</p> <p>4. <u>Interdependiente</u> Administración de medio supositorio de acetaminofén intrarectal.</p>	<p>3. A través del mecanismo de evaporación en la superficie corporal se llega a perder 0.58 Kcal. de calor. La pérdida insensible de agua del sudor en la piel y desde los pulmones es aproximadamente de 200-400 ml/ m<sup>2</sup> de la superficie corporal (Jefrey, 1986).</p> <p>4. El acetaminofén tiene una gran ventaja sobre los demás antipiréticos, al no alterar las concentraciones de ácido úrico y no tener propiedades inhibitoras de las plaquetas. Además de que por vía intrarectal actúa en un tiempo menor a 30 minutos (Katzung, 1991).</p>	<p>3. Durante el turno el niño no presentó datos de deshidratación.</p> <p>4. Después de 30 minutos de haber administrado el antipirético vía rectal, éste no surtió efecto, ya que la temperatura continuo elevada.</p>



FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
30-06-99	Alteración de los procesos familiares, relacionada con la hospitalización prolongada de un integrante de la familia, manifestadas por incapacidad para adaptarse a los cambios y afrontar las nuevas	La familia recuperará su patrón de funcionamiento habitual mediante la intervención oportuna de enfermería para disipar los factores causales de la disfunción familiar en la hospitalización.	5. Colaboración con el médico en el retiro de catéter en safena derecha.  1. Reconocer la preocupación y la necesidad de información y de apoyo de la familia.	5. La instalación de un catéter eleva el riesgo de infección debido a que existe un cuerpo extraño en el organismo y existe una vía de entrada fácil para los microorganismos. A pesar de que el catéter está fabricado de un material flexible y que disminuye el riesgo de infección (polivinilo), éste debe retirarse de preferencia después de 30 días de su instalación (Pinilla,1993). 1. Los sentimientos de frustración se asocian a la falta de información sobre los procedimientos y tratamientos, el desconocimiento de las reglas y de los reglamentos del	5. Al día siguiente, el turno anterior al matutino informó que la temperatura cedió, posterior al retiro del catéter.  1. Durante la estancia hospitalaria y aún fuera de ella se brindó apoyo a la familia, ayudándole a mitigar sus dudas.

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
	experiencias en forma constructiva.		<p>2. Mantener una actitud de escucha activa y de imparcialidad.</p> <p>3. Transmitir la comprensión de la situación sin emitir juicios de valor respecto a las ideas de los familiares.</p>	<p>hospital y temor a preguntar (Whaley &amp; Wong 1995).</p> <p>2. El trato indiscriminado hacia el paciente es parte de los derechos humanos, la atención del paciente necesita una atención sensible, que mitigue o minimice el estrés impuesto por la crisis temporal.</p> <p>3. Los padres necesitan ayuda para aceptar sus propios sentimientos, que en muchas ocasiones son con sentimientos de pérdida de control, de cólera y de culpa; por ello es importante que la enfermera esté al tanto de que</p>	<p>2. La actitud de la enfermera siempre se mantuvo imparcial, evitando emitir juicios de valor con respecto a ella.</p> <p>3. El sentimiento de culpa por parte de la madre no fue fácil de aceptar a pesar de las explicaciones que se deban sobre la causas del padecimiento.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
01-07-99	Alteración del patrón del sueño del niño, relacionado con entorno ruidoso y tratamiento médico, manifestado por irritabilidad, ojeras y bostezos frecuentes.	El paciente recuperará el patrón de sueño normal para su edad, a través de la intervención de enfermería.	<p>4. Permitir la participación de los padres en algunos de los procedimientos que se le realicen al bebé.</p> <p>1. Iniciar medidas para promover la relajación:</p> <p>a) Baño</p> <p>b) Mantener un ambiente oscuro y silencioso.</p> <p>c) Procurar que el paciente se encuentre seco.</p> <p>d) Poner música suave cerca de él bebé.</p>	<p>cualquier duda que tenga la familia sea aclarada lo más pronto posible (Whaley &amp; Wong 1995).</p> <p>4. El permitir que los padres participen en el tratamiento de su hijo, eleva su autoestima y por ende mejora las relaciones entre la pareja (Whaley &amp; Wong 1995).</p> <p>1. El descanso y sueño es la interrupción del estado de conciencia o de la actividad, o de ambos, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas (Phaneuf, 1993). El ruido, el padecimiento y el mismo tratamiento son causa suficiente</p>	<p>4. Se permitió la participación de los padres en el baño del paciente, la sujeción para realizar curaciones, administración de medicamentos, lo cual fortaleció su confianza en sí mismos.</p> <p>1. Posterior al baño se logró que el paciente durmiera con la colocación de una penumbra en su cuna.</p>

FECHA	DX. DE ENF.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA			2. Programar los procedimientos para evitar despertar constantemente al paciente.	<p>para que se altere el patrón del sueño. Un ambiente tranquilo mediante el uso de un baño, una penumbra en la cuna y música suave contribuyen en mucho para favorecer el sueño (Whaley &amp; Wong 1995).</p> <p>2. Por lo general a los 3 o 4 meses los lactantes duermen de 9 a 11 hrs. por la noche. El total de horas al día oscila entre 13 y 15. Este dato se debe tomar en cuenta para procurar que el niño duerma aproximadamente la cantidad de horas que le corresponden (Whaley &amp; Wong, 1995)</p>	2. Durante el día de hoy en la mañana se mantuvo dormido.

## V. CONCLUSIONES

En la recopilación de información para darle una base teórica a este estudio de caso, se pudo detectar que las investigaciones realizadas en México sobre el tema de desnutrición no han tenido un seguimiento adecuado, a pesar de las alarmantes cifras sobre casos de desnutrición infantil en todo el país. Quizá si estos estudios se realizarán no sólo con fines estadísticos, sino con el objetivo de mejorar el estado nutricional de la población, los estudios tendrían más trascendencia.

A través de analizar el marco teórico del presente trabajo, queda claro que las fallas no orgánicas son la causa más común de desnutrición. La pobreza, la falta de atención y amor para con el niño son ejemplos comunes de las causas de la mal nutrición.

Las fallas orgánicas no resultan menos preocupantes que las no orgánicas, debido a que las causas de ambas requieren ser detectadas a tiempo para darles el tratamiento adecuado. Y es precisamente en este tipo de desnutrición en donde se encuentra el paciente del que trata el Estudio de Caso.

Cualquiera que sea la etiología de la mal nutrición, el niño requiere de atención especializada otorgada por el equipo interdisciplinario, que garantice la más pronta recuperación con un mínimo o ausencia de secuelas. En lo que compete al profesional de enfermería, éste debe contar con el suficiente conocimiento para asegurar la calidad de atención al paciente.

El Modelo de Virginia Henderson en la aplicación de atención a la salud al paciente pediátrico, es útil porque permite que a partir de ubicar al niño en algún nivel de dependencia, es decir encontrar necesidades insatisfechas en el niño, se realicen intervenciones con acciones previamente establecidas en un plan de atención cuyo fin es el de llevar al paciente a un estado ideal de independencia que valla de acuerdo con su edad y etapa de desarrollo. En lo que se refiere al paciente de éste estudio de caso y a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, concluyo

que éste se encontraba en un estado de dependencia total, no sólo por su edad sino porque su comportamiento bio-psico- social estaba a disposición de las intervenciones dependientes e interdependientes de enfermería, afectando de ésta forma no sólo la salud del paciente sino también de su familia.

El plan de atención que se llevó a cabo en este estudio de caso, fue satisfactorio tanto para el niño como para su familia, porque sin olvidar los objetivos específicos fijados desde un principio se elaboró un plan que contempló las áreas bio-psico-sociales, mismas que debían ser atendidas de acuerdo a la identificación y jerarquización de sus necesidades, así como establecer diagnósticos de enfermería oportunos.

Gracias al desarrollo adecuado del proceso de atención de enfermería y en sí del método clínico, en este caso, se identificaron las necesidades más afectadas como son alimentación, oxigenación, seguridad y protección, termorregulación, aprendizaje y realización.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque que Henderson propone es factible no sólo para el paciente sino también para el Especialista en Enfermería Infantil, porque permite ubicar rápidamente al paciente en un nivel de independencia, de tal forma que simultáneamente se planeen intervenciones con la menor pérdida de tiempo.

## **VI. SUGERENCIAS**

En base a la experiencia vivida, sugiero que la realización de estudios de caso continúen llevándose a cabo en el postgrado, porque permiten operacionalizar los conocimientos adquiridos en el transcurso de la especialización.

También sugiero la promoción de los mismos, dándolos a conocer y dejándolos a disposición de quién esté interesado en conocerlos y utilizarlos como referencia para realizar otros.

A los alumnos recomiendo no tomar el caso como un requisito con fines aprobatorios del curso, sino que tomen, saboreen y digieran sus conocimientos en la aplicación del proceso de atención de enfermería. La satisfacción de ver a un niño sano, es la recompensa.

Al asesor y tutores del curso, les invito a seguir motivados en el estudio de las teorías de enfermería, quizá valga la pena aplicar otra teoría a parte de la de Virginia Henderson en el cuidado del niño.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Madrid, España. Doyma. 1992.
- Ávila CA. La desnutrición infantil en el medio rural mexicano. Salud pública de México. Vol.56. No. 1. Enero 1999; 18-25.
- Barnes A. Lewis. Manual de nutrición pediátrica. 3a edición. Buenos Aires, Argentina. Panamericana. 1994.
- Bernat Bernat R. Enfermo crítico. Enfermería clínica. Vol. 2 No. 4. 1992; 32-8.
- Cravioto Joaquín. Efecto de la desnutrición sobre el desarrollo neurointegrativo del niño. Bol. Hosp. Infant. Méx. Vol. 56. No. 1. Enero 1999; 62-75.
- Del Bosque González MT. Reflexión sobre un error médico. Enfermería clínica. Vol.2. No. 2 .1992; 67-71.
- Díaz J. Nutrición emocional del niño. Revista yucateca de pediatría. Vol. 2. No. 3. Julio. Agosto-Septiembre 1997; 88-93.
- Fernández F.C. El proceso de atención de enfermería. Estudios de casos médicos. México. Masson Salvat. 1993.
- Gafo P.J. 25 años de bioética. Memorias. 2ª. Reunión Internacional de Bioética para enfermería. México. Agosto 21, 22 y 23 de 1997.
- G. Katzung Bertram. Farmacología básica y clínica. 4a. edición. México. El manual moderno 1992.
- Green Grigorian Mary. Manual de pediatría hospitalaria. 12ª edición. España. Mosby/Year Book Wolf Publishing. 199 Grupo de bioética. Academia Mexicana de Pediatría. Bioética: consideraciones generales introductorias. Bol. Med. Del Hosp. Infant. de Méx. Vol. 56. No. 10 Octubre 1999.



- Hardy M. E. Teorías: Componentes, desarrollo, evaluación. L. Nicoll on Nursing Theory. 2a edición. Philadelphia Lippincott. 1992.
- Joyce Engel. Guía clínica de enfermería. Exploración pediátrica. 2a. edición. Madrid, España. Mosby. 1993.
- Juall Carpenito L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. 5a. edición. México. Interamericana. 1995.
- J. Fomon Samuel. Nutrición del lactante. 1a edición. Tomo 1. Madrid, España. Mosby/Doyma. 1995.
- Klusek Hamilton Helen. Procedimientos de enfermería. 1a. edición. México. Interamericana. 1986.
- López Ruiz. Aproximación al concepto hombre-persona objeto de los cuidados de enfermería. Enfermería clínica. Noviembre-Diciembre 1992; 32-6.
- Luis Rodrigo Ma. Teresa. Diagnósticos enfermeros. 3a edición. Barcelona, España. Harcourt Brace. 1998.
- Marlow R. Enfermería pediátrica. Buenos Aires. Médica Panamericana, 1990.
- Marriner Tomey Ann. Modelos y teorías en enfermería. 3a edición. Madrid, España. Mosby/Doyma, 1994.
- Martinez y Martínez. La salud del niño y del adolescente. 2a edición. México. Salvat. 1995.
- Mayla NG. Desnutrición en preescolares de las familias migrantes. Salud pública de México. Vol. 40. No. 3. Mayo-Junio 1998; 248-54. Mota Hernández F. Guía para el manejo efectivo de niños con enfermedad diarreica y pacientes con cólera. Manual de procedimientos. Consejo Nacional control de enfermedades diarreicas . 7ª. Edición . México, 1993.
- Mopart M.P. Funciones de enfermería
- Notivol T.M. Ayudar a morir en UCI. Enfermería clínica. Vol. 3 No. 2. Enero-Febrero 1993; 43-7.

- Muñoz Soria, et. al. Guía de orientación alimentaria. Dirección general de promoción de la salud, SSA. México, 1998.
- Phaneuf Margot. Cuidados de enfermería. El proceso de atención enfermería. Madrid, España. Interamericana Mc Graw-Hill. 1993.
- Phillip Baker Risner. Diagnos de enfermería.
- Potter Patricia. Fundamentos de enfermería. México. Interamericana Mc Graw Hill. 1995.
- Ramírez Mayans JA. Manual de formulas lácteas, sustitutos y complementos nutricionales utilizados en pediatría. INP. Wyeth Nutrition. 1997.
- Riopelle. Cuidados de Enfermería. México. Interamericana, Mc Graw Hill, 1993.
- Ruby L. Wesley. Nursing Theories and Model. 2a edición. USA. Springhouse Notes. 1994.
- Salli B. Olds. Enfermería materno infantil. México. Interamericana. 1997.
- San Pedro SC, Cosme PJ. et. al. Manual de enfermería para la unidad de cuidados intensivos neonatales. INPer. México. 1990.
- Solana Z.E. Actitud de la enfermera ante el paciente con dolor. Enfermería clínica. Vol. 3. No. 2. Enero-Febrero 1993; 39-41. T. Fischbach Frances. Manual de pruebas diagnósticas. México. Laboratorio médico Chopo. 1991.
- Vásquez G. E. Navarro L. E., et. al. Hábitos de alimentación en niños con desnutrición proteico calórica primaria y secundaria grave. Bol. Méd. del Hosp. Infant. De Méx. Vol. 56. No. 56, Octubre 1999. pág. 544.
- Villasis K.M. Complicaciones relacionadas a la alimentación enteral con sonda en pacientes pediátricos. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. Vol. 56. No. 1. Enero 1999; 18-25.

W. Iyer Patricia. Proceso y teorías en enfermería. 3a edición. México. Interamericana Mc Graw-Hill.  
1999.

Waldo E. Nelson. Tratado de pediatría. 13a. edición. Madrid, España, Interamericana Mc Graw-Hill.  
1989.

Wong L. Donna. Enfermería pediátrica. 4a edición. Madrid, España. Mosby/ Doyma

## ***VIII. ANEXOS***



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL  
 SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO  
 "FEDERICO GOMEZ"

UNIVERSIDAD NACIONAL  
 AVENIDA DE  
 MEXICO

**Consentimiento Informado para estudio de caso**

Yo Blanca N. Godínez de E., declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Eduardo Encizo G. participe en el estudio de caso Desnutrición en un Lactante Menor

\_\_\_\_\_, cuyo Objetivo principal es: Detectar las necesidades de un Lactante con Desnutrición para diseñar un plan de atención de enfermería y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Realizar una entrevista, exploración física e intervenciones de enfermería y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: Guadalupe Romero Herrera

Firma

Nombre del padre o Tutor: Blanca Norma Godínez de Encizo

Blanca Norma Godínez de Encizo  
 Firma

Testigos

Nombre: OLIVIA P. MELENDEZ HTZ.

Firma: Olivia M.

Domicilio: Ay. Vialón # 17 Cd. Provedencia Mex. D.F.

Nombre: Aparicio González Josefina J.

Firma: Aparicio J.

Domicilio: Plaza San Lorenzo #13, Col. Tepicac, Ins. CP 07020

México, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

***ENFERMERÍA INFANTIL***

Instructivo

Para el alumno:

Este instrumento tiene como fin obtener información del estado de salud del niño y conformar una base de datos para identificar las necesidades. El método en que se basa dicho instrumento es el proceso de enfermería, se apoya en el marco conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El instrumento contiene ocho apartados, que son los datos demográficos (I), antecedentes familiares (II), orientación de la familia (III), antecedentes individuales (IV), jerarquía de necesidades (V) y prioridad de los diagnósticos de enfermería (VI), en las distintas dimensiones (biopsicosocial y espiritual) de la persona, familia o comunidad, además del plan de atención y (VIII) el plan de alta.

Durante el desarrollo de la actividad académica de Atención de Enfermería I, se hará énfasis en la valoración y el diagnóstico de enfermería, con el propósito de que el alumno adquiera habilidad y destreza en las dos primeras etapas del proceso, sin dejar de lado las de planeación, ejecución y evaluación.

Este instrumento está sujeto a las modificaciones que el alumno considere que se justifiquen para el logro de los objetivos de aprendizaje. Cada modificación deberá ser debidamente fundamentada por escrito y sometida a consideración del resto del grupo y de los tutores para su aceptación.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ENFERMERÍA INFANTIL**

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Edad del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Edad de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Escolaridad Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_ Niño: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ La información es proporcionada por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y

abuelos: \_\_\_\_\_

Características de la vivienda: Propia: \_\_\_\_\_ Rentada: \_\_\_\_\_ Tipo de construcción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Servicios intradomiciliarios: \_\_\_\_\_

Disposición de excretas: \_\_\_\_\_

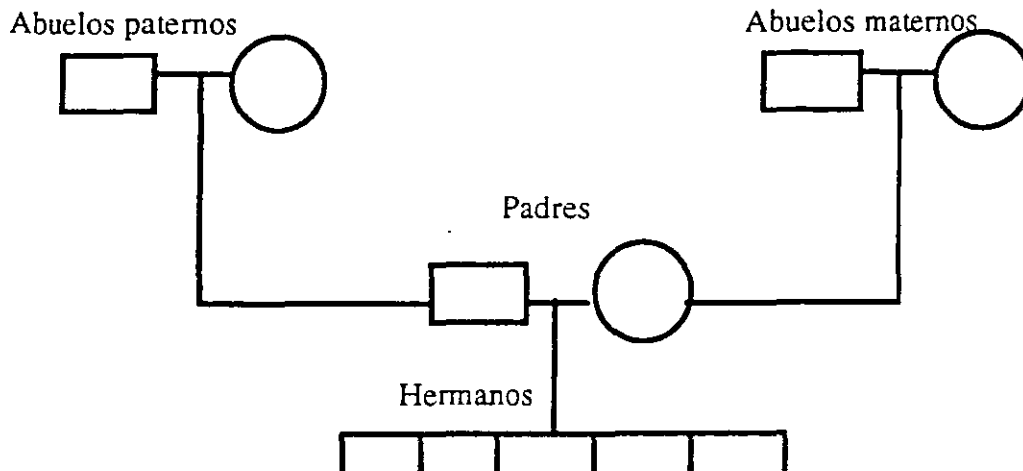
Descripción de la vivienda: \_\_\_\_\_

Ingresos económicos de la familia: \_\_\_\_\_

Medios de transporte de la localidad: \_\_\_\_\_

Mapa Familiar.

Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaeridad	Relac. Afeciva	Enfermedades

Símbolos

- Hombre      ○ Mujer      ⊙ Paciente problemas
- ☒ Fallecimiento      ← → Relaciones fuertes
- ≡ Relaciones débiles      ≠ Relaciones con estrés



II	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Sí:___ No:___ Salas de espera: Sí:___ No:___ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí:___ No:___ Permanencia en el servicio: Sí:___ No:___</p> <p>Informes sobre el estado de salud del niño: Sí:_____ No:_____ Horario de cafetería: Si:_____</p> <p>No:_____ servicio religioso: Sí:_____ No:_____ Restricciones en la visita:_____</p>
V	<p>Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer:_____ Talla al nacer:_____</p> <p>Lloró al nacer:_____ Respiró al nacer:_____ Se realizaron maniobras de resucitación:_____</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización:_____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño?_____</p> <p>¿Quién?:_____ ¿Cuándo?:_____ El niño es alérgico; Sí:_____ No:_____</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?:_____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas:_____</p> <p>Vacunación:_____</p>
<p><b>Alimentación</b></p> <p>El niño es alimentado con: Leche materna:_____ Biberón:_____ Vaso:_____</p> <p>¿Con qué frecuencia?_____ Cantidad:_____ Dificultad:_____</p> <p>Horario:_____ Tipo de alimentos: En puré:_____ Picados:_____</p> <p>Licuados:_____ Otros:_____</p> <p>¿Come sólo?_____ ¿Con ayuda?_____ ¿Con quién come?_____</p> <p>_____ Lugar:_____</p> <p>¿Cuáles son los alimentos preferidos?_____</p> <p>¿Que alimentos rechaza?_____ Dieta especial:_____</p> <p>Alergias alimentarias:_____ Otros: explique si tiene:_____</p> <p>Alimentación especial:_____</p>	

Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda
Cereales	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____
Vegetales	_____	_____	_____
Carne	_____	_____	_____
Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____			
Hábitos en los alimentos: _____			
A que edad le salieron los dientes: _____			

### Eliminación

Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____						
Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____						
Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Cafe: _____ Negra: _____ Blanca: _____						
Olor: Ácida: _____ Felida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____						
Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento _____						
Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____						
Otros: _____						
Hábitos: _____						
Descripción de genitales: _____						
Sudoración: _____						

### Oxigenación

Somatometría: Peso: _____ Talla: _____	Perímetros: Cefálico: _____
Abdominal: _____ Torácico: _____	Branquial: _____
Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____	Pulso: _____
Regular: _____ Irregular: _____	Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____
Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidia _____ Disociación toraco abdominal: _____	
Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____	Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____

Respiración asistida: \_\_\_\_\_ controlada: \_\_\_\_\_

Secreciones bronquiales:	Cantidad	Consistencia	Color	Olor
Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____
Cavidad oro nasal	_____	_____	_____	_____

Humidificación y oxigenación: \_\_\_\_\_

Tiene dificultad para respirar: Cuando come: \_\_\_\_\_ Camina: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Coloración de la piel: Color: \_\_\_\_\_ Integridad: \_\_\_\_\_ Diraforesis: \_\_\_\_\_

Petequias: \_\_\_\_\_ Rash: \_\_\_\_\_ Escoriaciones: \_\_\_\_\_

### Reposo-sueño

Horas de sueño: \_\_\_\_\_ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: \_\_\_\_\_

Con luz: \_\_\_\_\_ Sin luz: \_\_\_\_\_ Con música: \_\_\_\_\_ Cubierto con alguna manta: \_\_\_\_\_

Otras costumbres: \_\_\_\_\_ Despierta por las noches: \_\_\_\_\_ Tiene pesadillas: \_\_\_\_\_

Duerme siesta: \_\_\_\_\_ En qué horario: \_\_\_\_\_

Valoración Neurológica: Actividad: Activo: \_\_\_\_\_ Letárgico \_\_\_\_\_ Tranquilo: \_\_\_\_\_

Dormido: \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_ Movimientos simétricos: \_\_\_\_\_

Asimétricos: \_\_\_\_\_ Respuesta pupilar: \_\_\_\_\_

Para el recién nacido: Reflejos, succión: \_\_\_\_\_ Deglución: \_\_\_\_\_ Naucioso: \_\_\_\_\_

Búsqueda: \_\_\_\_\_ Moro: \_\_\_\_\_

Presión: \_\_\_\_\_ Fontanela: Normal: \_\_\_\_\_ Abombada: \_\_\_\_\_ Deprimida: \_\_\_\_\_

Suturas craneales: Aproximadas: \_\_\_\_\_ Separadas: \_\_\_\_\_ Imbrincadas: \_\_\_\_\_

### Vestido

Condiciones de la ropa de vestir: \_\_\_\_\_

Higiene: \_\_\_\_\_ Costumbres en el cambio de la ropa: \_\_\_\_\_

Tiene ropa necesaria para la hospitalización: \_\_\_\_\_ Otros enseres: \_\_\_\_\_

Se viste solo: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Con ayuda: \_\_\_\_\_

### Termorregulación

El niño es sensible a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? \_\_\_\_\_

### Movimiento y Postura

A qué edad fijó la mirada: \_\_\_\_\_ Siguió objetos con la mirada: \_\_\_\_\_

Se sentó: \_\_\_\_\_ Se paró: \_\_\_\_\_ Caminó: \_\_\_\_\_ Saltó con un pie: \_\_\_\_\_

Salta alternando los pies: \_\_\_\_\_ Camina con las puntas de los pies: \_\_\_\_\_

Camina con los talones: \_\_\_\_\_ Sobre escaleras: \_\_\_\_\_ Camina solo: \_\_\_\_\_

Camina con ayuda: \_\_\_\_\_ Con aparato ortopédico: \_\_\_\_\_

Qué postura adopta el niño al sentarse: \_\_\_\_\_ Al caminar: \_\_\_\_\_

Al dormir: \_\_\_\_\_ Al pararse: \_\_\_\_\_ Se mueve en cama: \_\_\_\_\_

Cambios de posición con ayuda: \_\_\_\_\_

### Comunicación

Responde al tacto: \_\_\_\_\_ Voltea con los sonidos fuertes: \_\_\_\_\_

Sigue la luz: \_\_\_\_\_ Hace gestos con algún alimento: \_\_\_\_\_

A qué edad sonríe: \_\_\_\_\_ A qué edad balbucea: \_\_\_\_\_ A qué edad dijo sus primeras palabras: \_\_\_\_\_ Habla dialecto: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Quién lo cuida: \_\_\_\_\_ Con quien juega: \_\_\_\_\_

Quién habla con el niño: \_\_\_\_\_ Como considera que es el niño: Alegre: \_\_\_\_\_

Irritable: \_\_\_\_\_ Independiente: \_\_\_\_\_ Dependiente: \_\_\_\_\_

Tímido: \_\_\_\_\_ Agresivo: \_\_\_\_\_ Cordial: \_\_\_\_\_ Uraño: \_\_\_\_\_

Desordenado: \_\_\_\_\_ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo \_\_\_\_\_

Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: \_\_\_\_\_

### Higiene

Condiciones higiénicas de la piel: \_\_\_\_\_

Hora en la que se acostumbra el baño: \_\_\_\_\_ Al niño le gusta el baño: \_\_\_\_\_

Frecuencia del baño: \_\_\_\_\_ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: \_\_\_\_\_

Frecuencia del cambio de ropa: \_\_\_\_\_

**Recreación**

Al niño le gusta que lo levanten en brazos: \_\_\_\_\_ La música: \_\_\_\_\_  
Tienen alguna preferencia por: Los juegos: \_\_\_\_\_  
Los objetos: \_\_\_\_\_ Animales: \_\_\_\_\_  
Las personas: \_\_\_\_\_ Juega solo: \_\_\_\_\_  
Con otros niños: \_\_\_\_\_ Con adultos: \_\_\_\_\_

**Religión**

¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: \_\_\_\_\_

**Seguridad y protección**

Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: \_\_\_\_\_  
Cómo ha programado las visitas en el hospital: \_\_\_\_\_  
Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: \_\_\_\_\_  
Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: \_\_\_\_\_  
Quedarse sin trabajo: \_\_\_\_\_ Separación de la pareja: \_\_\_\_\_ Enfermedad Crónica de un familiar: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: \_\_\_\_\_

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: \_\_\_\_\_ Guardería: \_\_\_\_\_ O con algún familiar o amigo: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí diga, ¿cual? \_\_\_\_\_

El niño toma medicamentos en casa: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

De qué forma acostumbra a dárselos: \_\_\_\_\_

### Aprendizaje

Quién cuida al niño: \_\_\_\_\_ En dónde: \_\_\_\_\_ Asiste a la guardería: \_\_\_\_\_ Está acostumbrado a que lo paseen: \_\_\_\_\_

¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
¿Cómo reaccionó? \_\_\_\_\_

¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: \_\_\_\_\_

Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: \_\_\_\_\_

### Realización

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? \_\_\_\_\_

Su hijo participa en los juegos: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿Con quién? \_\_\_\_\_

Comparte juguetes: \_\_\_\_\_

Hace amistad con otros niños y adultos: \_\_\_\_\_

Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: \_\_\_\_\_

Otros datos: \_\_\_\_\_

Nombre de la enfermera: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Análisis

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad Interac. c/Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Grado	Grado	F.F.	F.C	F.V	SÍ	NO	

Código: Grado de dependencia

- Total = Dt
- Temporal = Dtm
- Parcial = Dp
- Permanente = D pr.

Causas de la dificultad

- Falta de Fuerza = FF
- Falta de Voluntad = FV
- Falta de conocimiento = FC



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

**VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**  
(En las dimensiones Física, Psicosociale y espiritual).

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

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad Interac. c/Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Grado	Grado	F.F.	F.C	F.V	SÍ	NO	

Código: Grado de dependencia  
 Total = Dt  
 Temporal = Dtm  
 Parcial = Dp  
 Permanente = D pr.

Causas de la dificultad  
 Falta de Fuerza = FF  
 Falta de Voluntad = FV  
 Falta de conocimiento = FC

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

**VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**  
(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual).

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

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Dx. Médico: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

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

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

. Orientación dietética:

---

---

---

---

. Medicamentos indicados:

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

Registro de signos y síntomas de alarma:  
(qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

---

---

---

---

Cuidados especiales en el hogar: (Heridas, Sondas, Estomas, Ejercicios, etc.).

6. Fecha de su próxima cita: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la enfermera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

i.