

146



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA

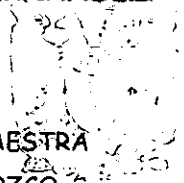
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
A UN PACIENTE CON DESNUTRICIÓN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO  
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A

MARTHA LETICIA MENA HERNÁNDEZ



CON LA ASesorIA DE LA MAESTRA  
MAGDALENA FRANCO OROZCO

Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social  
SEPTIEMBRE 2001

MÉXICO, D.F.

298471



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTO:**

***TODO CUANTO SOY Y HE LOGRADO, HA SIDO GRACIAS A LA AYUDA Y GUIANZA DE QUIEN TODO LO SABE Y TODO LO PUEDE. GRACIAS DIOS POR SER LA FORTALEZA DE MI VIDA.***

***A MERCEDES, MI MADRE POR PROLONGAR EN MI SU VIDA Y POR TODA SU AYUDA.***

***A LETY Y VALERIA, MIS TESOROS, RAZON INVALUABLE QUE IMPULSA CADA MOMENTO DE MI EXISTENCIA.***

***A LA MAESTRA MAGDALENA FRANCO OROZCO, QUIEN CON SU EJEMPLO Y FIRMEZA, HA PUESTO EN MI EL DESEO DE SUPERACIÓN PROFESIONAL.***

***A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUN MODO HAN COLABORADO PARA VER CULMINADA ESTA META.***

## INDICE.

### TEMA.

INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	5
I. OBJETIVOS.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	7
III. METODOLOGÍA.....	40
IV. APLICACIÓN DE PROCESOS ATENCIÓN DE ENFERMERÍA..	42
4.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.....	42
4.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	51
4.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	52
4.4 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	54
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	69
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
VII.GLOSARIO.....	74
VIII. ANEXOS.....	77

## INTRODUCCIÓN

El proceso de cuidados es el método de la práctica de la enfermería, en el sentido, que proporciona el mecanismo por el que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales de salud.

El mencionado proceso tiene como objetivo principal proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, de la familia y la comunidad, además de que dentro de su organización encontramos que cuenta con cinco fases identificables mismas que se desarrollaran en el presente trabajo y son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El enfoque de este proceso es la visión filosófica de Henderson para identificar las necesidades que están afectadas en la desnutrición como problema social y que ayudaran a la resolución de este problema.

El presente trabajo está organizado en siete apartados; en el primero se presentan los objetivos, en el segundo un marco teórico que sustenta el estudio.

En el tercero la metodología que nos muestra como se lleva a cabo el trabajo, en cuarto lugar se aplicó el proceso de atención de enfermería con la valoración del caso clínico, previa valoración de enfermería y la elaboración de

diagnósticos y jerarquizando necesidades de acuerdo a su prioridad, posteriormente se elaboró un plan de atención; que contiene ejecución y evaluación.

En quinto lugar se trataron conclusiones y sugerencias, glosario y por ultimo la bibliografía y anexos.

## JUSTIFICACIÓN

Al proceso de enfermería le confiere un carácter científico desde su introducción en los años sesenta. La resolución científica de problemas que apoyan el proceso de enfermería lleva consigo un modo de proceder metódico y sistemático cuyo perfeccionamiento conlleva la mejora y la eficiencia de los cuidados enfermeros.

De acuerdo al modelo de Henderson la práctica de la identificación de problemas, cuyo objeto no es sólo combatir la enfermedad, sino satisfacer un amplio repertorio de necesidad humana cuya valoración y diagnóstico forman parte sustancial de la actividad enfermera en la actualidad.

Es por ello que el presente Proceso de Enfermería se elabora con la finalidad de aumentar la capacidad para identificar la forma exacta de las respuestas del cliente y la ejecución de las acciones apropiadas garantizando la calidad de los cuidados proporcionados.

## **I OBJETIVO GENERAL.**

- Diseñar un plan de intervención para un lactante con desnutrición.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Definir los diagnósticos de enfermería en un lactante con desnutrición.
- Jerarquizar las necesidades de un lactante con desnutrición.
- Diseñar un plan de intervención para cuidados en el hogar.



## II. MARCO TEÓRICO.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1967) y Wiedenbach (1963), Considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Waish (1967), Establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall 1976 y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.<sup>1</sup>

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctico las etapas se superponen:

### **Etapas del proceso.**

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la obtención y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- **Diagnostico de Enfermería:** es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

---

<sup>1</sup> <http://web.jet.es/alexrt/>.

- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación:** Comparar la respuesta de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.<sup>2</sup>

## Los Objetivos

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

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir la enfermedad.<sup>3</sup>
- Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficacia posible.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Idem pág. 1.

<sup>3</sup> idem pág. 2.

<sup>4</sup> Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería, Visión General del Proceso de enfermería. Pág.6.

## **Las Ventajas:**

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

### **Para el paciente son:**

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

### **Para la enfermera:**

- Se convierte en una experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.<sup>5</sup>

## **Las Características:**

- **Tiene una finalidad:** Se dirige a un objeto.
- **Es sistemático:** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- **Es dinámico:** Responde a un cambio continuo.

---

<sup>5</sup> <http://web.jet.es/alexrt/>.

- **Es interactivo:** Basado en las relaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- **Es Flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- **Tiene una fase teórica:** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.<sup>6</sup>

### **Etapa de Valoración:**

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de obtención y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia<sup>7</sup>

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

---

<sup>6</sup> <http://web.jet.es/alexrt/> pág.3.

<sup>7</sup> idem. Pág.3.

- **Criterios de Valoración siguiendo un orden de "Cabeza a Pies"** : Sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- **Criterios de valoración por "Sistema y Aparatos"**: Se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- **Criterios de valoración por "Dos patrones funcionales de salud"**: La obtención de datos pone de manifiesto los hábitos del individuo / familia determinando el funcionamiento positivo, alterado en situación de riesgo con respecto al estado de salud.<sup>8</sup>

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

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

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del proceso o retroceso del paciente.
- Determinación de continuidad del plan y cuidados establecidos.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

---

<sup>8</sup> idem. Pág.4.

### **Tipos de datos por obtener:**

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

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

### **Los tipos de datos:**

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios del paciente lo que la persona dice que siente o percibe.
- **Datos Objetivos:** Se puede medir por cualquier escala o instrumento.
- **Datos históricos - Antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamientos.
- **Datos Actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual.<sup>9</sup>

### **Métodos para obtener datos:**

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

Existen dos tipos de entrevistas, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

---

<sup>9</sup> <http://web.jet.es/alexrt/> pág.5.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

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

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico entre enfermero y la planificación de cuidados.
- Facilitar la relación enfermera / paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico de la valoración.<sup>10</sup>

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican; otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.<sup>11</sup>

**La Observación:**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. La observación es una habilidad que precisa y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.<sup>12</sup>

**La exploración física:**

---

<sup>10</sup><http://web.jet.es/alexrt/>,pág.6.

<sup>11</sup> <http://web.jet.es/alexrt/>,pág. 6.

<sup>12</sup> <http://web.jet.es/alexrt/>,pág.8.

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

La exploración física se centra en: determinar la profundidad la respuesta de la persona al proceso de enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.<sup>13</sup>

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudaran en la valoración.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.

---

<sup>13</sup> idem. Pág.9.



Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpanicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.<sup>14</sup>

**Validación de datos :** Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen a los primeros.

**Organización de los datos:** En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987). Para este estudio con la perspectiva de Henderson los componentes de la valoración del paciente seleccionado son:

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

---

<sup>14</sup> idem. Pág.9.

- Valoración física.
- Patrones funcionales de salud.<sup>15</sup>

### **Documentación y registro de la valoración:**

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

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

### **FASE DE DIAGNÓSTICO:**

Es la segunda fase del proceso atención de enfermería. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.<sup>16</sup>

Diagnóstico de la enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

---

<sup>15</sup> <http://web.jet.es/alexrt/>,pág.11.

<sup>16</sup> idem. Pág. 12.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.

La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales.

Dimensiones independientes de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. (Son los diagnósticos de enfermería).<sup>17</sup>

**Diagnósticos de enfermería son:**

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

---

<sup>17</sup> Idem. Pág. 13.

- Favorecer la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costos reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costos reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

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

1. **Etiqueta descriptiva o título.** Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial).
2. **Definición.** Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. **Características definitorias:** Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico.
4. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80 - 100% de los casos.

5. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.<sup>18</sup>

#### **Tipos de diagnósticos:**

**Real:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principalmente identificables. Consta de tres partes, formato PES: Problema (P) + Etiología, factores causales o contribuyentes (E) + Signos y Síntomas (S).

**Alto riesgo:** Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico Potencial se emplean los factores de riesgo la descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: (P) + Etiología / factores contribuyentes (E).

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

**De bienestar:** Juicio clínico de una persona, grupo o comunidad de transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar

---

<sup>18</sup> Idem. Pág.15.

presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados.<sup>19</sup>

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

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E). Utilizando "relacionado con". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa - efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado en el usuario.
- No mencionar signos ni síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema medico como para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo dificulta la formulación de los objetivos.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> idem. Pág. 16.

<sup>20</sup> idem. Pág. 17.

## PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

### Etapas del Plan de Cuidados:

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad, raras veces pueden ser abordadas al mismo tiempo por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (Criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones específicas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

Estas acciones se consideran instrucciones u ordenes enfermeras que han de llevar a la practica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

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

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

Para el Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.<sup>21</sup>

**Determinación de prioridades:** Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidado y por tanto tratados. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarios para el paciente.<sup>22</sup>

**Planteamiento de los objetivos:** Que nos sirve para. Dirigir los cuidados. Identificar los resultados esperados. Medir la eficacia de las actuaciones.

**Existen dos tipos de objetivos.**

Objetivos de enfermería o criterios de proceso.

Objetivos del paciente / cliente o criterio de resultados.

---

<sup>21</sup> <http://web.jet.es/alexrt/> pág.17.

<sup>22</sup> idem. Pág. 21.



### **Normas generales para la descripción de objetivos.**

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describe los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elabora objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de solo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

### **Objetivo de Enfermería:**

Se dirigen a las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar su punto fuerte, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recurso de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo.

**Los objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.

**Los objetivo a mediano plazos:** Para un tiempo intermedio, podemos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

**Objetivo del cliente / paciente:** Se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

- Deben ser alcanzables, esto es, accesibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido.<sup>23</sup>

### **Actuaciones de enfermería.**

Son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989)<sup>24</sup>

### **Actividades de enfermería, (Iyer 1989).**

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son según Iyer (1989).

---

<sup>23</sup> Idem. Pág. 22.

<sup>24</sup> Idem. Pág. 23.

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos.
- Serán individualizados para cada situación en concreto.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

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

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

Las acciones mas habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

**El Diagnóstico real:**

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

**Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:**

- Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

**Para el diagnóstico enfermero posible:**

- Obtener datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

**Para el diagnóstico enfermero de bienestar:**

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

**Para problemas interdependientes:**

- Controlar los cambios de estados del paciente.
- Manejar los cambios de estados de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

Las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados son:

Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas / diagnósticos de enfermería.

Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.

Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

Consulta y remisión a otros profesionales.

Realizar las acciones terapéuticas específicas de enfermería.

Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.<sup>25</sup>

#### **Documentación en el plan de cuidados de enfermería:**

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith - Kenney y Christensen (1986), " es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente / cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

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

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación, y la evaluación. (1982).<sup>26</sup>

#### **Partes que componen los planes de cuidados:**

Diagnóstico de enfermería / problemas interdependientes.

Objetivos del cliente para el alta a largo plazo. (créditos de resultado)

Ordenes de enfermería (actividades).

Evaluación. ( informe de evaluación).

#### **Tipos de planes de cuidados:**

Tipos de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

---

<sup>25</sup> Idem. Pág 26.

<sup>26</sup> Idem. Pág 27.

- **Individualizados:** Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- **Estandarizado:** Según Mayers (1983) "Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad."
- **Estandarizado con modificaciones:** Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos de el plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- **Computarizado:** Requieren información previa de los diferentes tipo de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.<sup>27</sup>

## **EVALUACIÓN:**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Los criterios más importantes son: la efectividad de las actuaciones, Griffith y Cahristensen (1982).

**El proceso de evaluación consta de dos partes:**

- Recogida de datos sobre el estado de salud /problema /diagnósticos que queremos evaluar.

---

<sup>27</sup> Idem. Pág.27

- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

**Según M. Caballero (1989) la evaluación se compone de:**

- Medir cambios del paciente / cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajuste o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.<sup>28</sup>

### **Modelo de Atención V. Henderson.**

El proceso de enfermería es compatible con la propuesta de Virginia Henderson.

De acuerdo con la definición de esta autora Enfermería es: "Ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a la muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda se tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> idem. Pág.32.

<sup>29</sup> Henderson, V. (1966) The Nature Of nursing: A definition and its implications for practice, reseca, and education. New York. Macmillan.

Salud: Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de las asistencia de enfermería. Dice que es "la calidad de la salud más que la vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida".<sup>30</sup>

Persona (paciente): Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener la salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y a su familia como una unidad.<sup>31</sup>

Entorno: tampoco hace Henderson una definición propia del entorno. Remite al Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".<sup>32</sup>

Necesidades Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que contribuye los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.

---

<sup>30</sup> Idem. Pág. 104.

<sup>31</sup> Idem. Pág. 103.

<sup>32</sup> Idem. Pág. 105.



6. Elegir las prendas de vestir - vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidados y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riegos de entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar practicas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.<sup>33</sup>

El conocimiento de las necesidades humanas ayuda la enfermera a comprender la conducta, puede aportar un marco para aplicar las partes del proceso de enfermería, y puede ayudar a las enfermeras a desminuir las preocupaciones y ayudar a la gente a desarrollarse y crecer.

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales. De esta manera el individuo será:

---

<sup>33</sup> Idem. Pág. 107.

- Independiente si satisface las necesidades por si mismo o que otro lo hace en su lugar según su fase de crecimiento y desarrollo, por otra parte será:
- Dependiente sino satisface una o más necesidades por acciones inadecuadas que realiza o por tener imposibilidad para cumplirlas en virtud de una incapacidad o falta de suplencia.<sup>34</sup>

Esta dependencia puede deberse a diferentes causas de la dificultad ya que son obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. **Falta de Fuerza:** No solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estados de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. **Falta de Conocimiento:** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
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 sus catorce necesidades, estas necesidades son:

---

<sup>34</sup> Phaneuf M., Cuidados de Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona. España. La ED. INTERAMERICANA. 1993. P.3.

- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de eliminación.
- Necesidad de moverse y mantener buena postura.
- Necesidad de descanso y sueño.
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar los peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.<sup>35</sup>

Existen otros aspectos que se deben tomar en cuenta ya que son factores que influyen en la satisfacción de las necesidades. Estos factores son por una parte bio-fisiológico, se refieren a condiciones genéticas de la persona y el funcionamiento de sus aparatos o sistemas y órganos, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud.

Los psicológicos se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia y habilidades

---

<sup>35</sup> Fernández F.C. Novel M.G. El proceso de atención de enfermería estudio de casos Barcelona, España. Ediciones Científicas y Técnicas. 1993. p 4.

individuales. Por último los aspectos socioculturales que se refieren al entorno físico de la persona (próximos o más lejanos) y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a las personas.

Actualmente la profesión de enfermería pretende formular modelos para seguir creciendo y enriqueciendo la actividad en nuestro campo.

De esta manera, seguiremos realizando actividades de calidad en beneficio de los pacientes.<sup>36</sup>

Supuestos principales: Enfermería. La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos, como miembro de un equipo sanitario actuando independientemente del medio.

La enfermera puede y debe diagnosticar la situación y tratar la situación si lo requiere, ya que la enfermera está formada en las ciencias sociales biológicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.<sup>37</sup>

PERSONAS (pacientes) La persona debe mantener un equilibrio físico 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 los 14 componentes de enfermería.

---

<sup>36</sup>

<sup>37</sup> SUA Antología, proceso de enfermería. P. 68.

**Salud.** La salud representa la calidad de vida y es necesaria para el funcionamiento humano, la salud requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es lo mas importante en la atención al enfermo. Los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tienen fuerza de voluntad y conocimientos necesarios.

**Entorno.** Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad y la enfermera debe tener formación en materia de seguridad, 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 practicas religiosas para valorar los riesgos.<sup>38</sup>

En este caso las necesidades que se ven alteradas según el modelo de Henderson son:

**Beber y Comer:** Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.<sup>39</sup>

La satisfacción de está necesidad es de independencia ya que para mantenerse sano, el ser humano tiene necesidad de una cantidad adecuada de alimentos que contengan nutrientes indispensables en la vida. La capacidad y naturaleza de

---

<sup>38</sup> Idem. Pág. 71.

<sup>39</sup> Phaneuf M. Cuidados de Enfermería un Proceso centrado en las necesidades de las personas. P. 148.

los nutrientes está relacionada con el sexo, edad, corpulencia, y talla del individuo.

Una alimentación adecuada debe contener los cinco elementos siguientes: lípidos, glúcidos, prótidos, vitaminas y sales minerales. Cuatro grupos de estos alimentos básicos pertenecen a, leche y productos lácteos, carne y sustitutos, frutas y legumbres.

El aporte de líquidos es indispensable para la supervivencia del organismo. El agua desempeña los siguientes roles: mantiene el equilibrio electrolítico y la temperatura corporal, conserva la humedad de la piel y mucosas, favorece la eliminación de los desechos metabólicos y es un componente esencial de protoplasma celular.<sup>40</sup>

Eliminar - Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La expresión de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la traspiración y la espiración pulmonar.

Esta necesidad también es de independencia ya que el mantenimiento de la composición del medio interno (líquido extracelular) de forma continua, se efectúa por el proceso de homeostasia. En efecto, todo cambio en el volumen extracelular conlleva modificaciones en la composición líquida de la célula: es pues esencial que el medio interno tenga una composición constante. Este mantenimiento continuo se debe sobre todo a los pulmones, que controlan el bióxido de carbono y el oxígeno, y a los riñones, que mantienen la composición química de los líquidos del organismo a su nivel normal. Así los riñones son los órganos principales de la homeostasis, puesto que mantienen un equilibrio

---

<sup>40</sup> Idem.p.150

hídrico, electrolítico y acidobásico del medio interno y dejan la sangre libre de deshechos producidos por el metabolismo de cuerpos nitrogenados y de sustancias tóxicas para el organismo. Por su rol de excreción la piel completa la eliminación renal eliminando deshechos (urea) y agua.<sup>41</sup>

El organismo debe también eliminar deshechos de la digestión. Las sustancias útiles al organismo, sodio y agua, son absorbidas por ósmosis, sólo quedan residuos, que sufren la acción de las bacterias antes de ser eliminadas al exterior.

La necesidad de moverse y mantener buena postura es una necesidad. Para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlos bien alineados permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.

La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas. La satisfacción de esta necesidad es de independencia ya que la movilidad o una postura dinámica, depende de la coordinación de las actividades de los huesos, de los músculos y de los nervios. Los huesos actúan como palanca y proporcionan los puntos de apoyo de los ligamentos y de los músculos.<sup>42</sup>

La habilidad que posee el individuo para moverse libremente le permite evaluar su estado de salud y su forma física. La actividad motriz es además un medio de eliminar sus emociones (Gestos, expresiones faciales) particularmente en esta niña se vio afectada esta necesidad ya que quedó en cama sin movilidad porque se encontraba débil por no tomar alimentos.

---

<sup>41</sup> idem, P. 154.

<sup>42</sup> Idem, P. 156.

La necesidad de dormir y descansar es una necesidad de todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento escolar.<sup>43</sup>

La satisfacción de esta necesidad es de independencia ya que es una parte importante de los seres humanos está dedicada al sueño y al reposo.

En los primeros meses de vida, el niño duerme la mayor parte del tiempo, los períodos de sueño disminuyen a lo largo del crecimiento y de su desarrollo para llegar a ocupar la tercera parte del tiempo en el adulto.

El sueño es esencial para el crecimiento y la recuperación del organismo. Durante el sueño. Las actividades fisiológicas decrecen, hay pues, disminución del metabolismo basal, del tono muscular, de la respiración, del pulso y de la presión arterial, en el presente caso se vieron afectadas por el grado de desnutrición que presenta la niña.

La necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Es importante conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1 y 38° C) para mantenerse en buen estado.<sup>44</sup>

La satisfacción de esta necesidad es de independencia debido a que la temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. El mantenimiento de este equilibrio está asegurado gracias al funcionamiento de centros reguladores situados en el hipotálamo.

---

<sup>43</sup> Idem. P. 160

<sup>44</sup> idem. P. 167.



La necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tienen el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo, la niña presento eritema del pañal.

La satisfacción de esta necesidad es de dependencia ya que la piel tiene un papel importante, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participa en la eliminación de residuos, (sudor, heces), refleja el equilibrio electrónico del organismo y transmite la sensaciones térmicas, de tacto, de presión y de dolor. Para cumplir estas funciones la piel debe estar limpia, aseada y cuidada.

### III. METODOLOGÍA

El presente proceso de enfermería se aplicó a un lactante con desnutrición previa revisión y bibliográfica del proceso de enfermería y el modelo de Henderson que fue utilizado constituyendo el marco teórico.

Durante el tiempo que se efectuó el proceso de cuidados se estableció una comunicación estrecha con el familiar y el equipo de salud con el objeto de determinar el plan de cuidados así como su ejecución y su evaluación.

Se realizaron 18 seguimientos. Las notas de los mismos se llevaron a cabo en un formato que contiene en su estructura; Síntesis de la valoración focalizada, descripción de las necesidades más afectadas, relación de los diagnósticos de enfermería y las intervenciones que se realizaron. (ver anexo).

Además se realizó una historia clínica de enfermería con el propósito de integrar la base de datos, (ver anexo).

Posteriormente se llevó a cabo la exploración física, previo interrogatorio para obtener datos subjetivos y objetivos.

Para realizar el examen físico se usaron las cuatro técnicas básicas: Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación.

Que nos permiten obtener datos objetivos de máxima importancia para contrastar la información subjetiva brindada por el paciente su dolencia y así, sentar sólidas bases para establecer la orientación diagnóstica. Esto con el fin de que nos reflejen su estado actual de salud.

Los métodos más usados para realizar el examen físico sistemático total son el de cabeza a pies y el de aparatos y sistemas principalmente. Además que es

conveniente; primero revisar el lado derecho y luego el lado izquierdo para poder hacer comparaciones sistemáticas.

Para completar este proyecto se desarrollaron los siguientes aparatos:

#### 4.2 diagnósticos de enfermería.

En este aparato se describirán los criterios de los componentes del Diagnóstico de Enfermería, así como los tipos y su jerarquización.

#### 4.4 Plan de atención de Enfermería.

En este punto se diseñaron el plan con fecha de identificación; diagnóstico de enfermería; objetivos, intervenciones de enfermería evaluación del cuidado.

Posteriormente se realizaron las conclusiones y sugerencias de la bibliografía y anexos.

## IV. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 4.1. Descripción del caso

Se trata de un lactante de un año tres meses de edad, del sexo femenino, originario y residente del municipio de Chalco, nació el 6 de marzo de 1999 a las 10:00 p.m. en medio hospitalario.

El entorno familiar lo integra su mamá de 25 años de edad con escolaridad hasta el 5to. año de primaria, dedicada al hogar, su papa de 33 años con una escolaridad de 3er. Año de secundaria, se desempeña como cargador en la Central de Abastos.

La pareja vive en unión libre, esta integrada por dos hermanos de 4 y 2 años de edad y se encuentran aparentemente sanos.

Su control gestacional fue irregular, la niña es un producto no deseado y planeado.

Se desconoce Apgar pero refiere la madre que lloró y respiró al nacer, con peso de 3 kg. Catalogada como recién nacido de término eutrófico. El periodo neonatal fue normal.

Refiere vacunas hasta su edad con refuerzos pero no muestra cartilla.

En relación a su desarrollo psicomotor: sonrisa social al mes de edad, sostén cefálico 3 meses, se sostiene por sí sola entada a los 6 meses, balbuceo a los 6 meses, gateo a los 7 meses, primeros pasos a los 12 meses, su estado neurológico es normal.

Habitaban en un cuarto de cuatro por cuatro el cual está construido con paredes de tabique, techo de lámina galvanizada, piso de cemento, cuenta con una ventana, una sola puerta, luz extra domiciliaria así como agua, no drenaje, baño extra domiciliario el cual es compartido, con hacinamiento y promiscuidad.

Padecimiento actual: Inicia su padecimiento con evacuaciones diarreas de 5 días de evolución caracterizado por: disminuidas de consistencia semilíquidas, amarillo verdosas no moco y sangre, de olor fétido en número de 5, persisten hasta el día de su ingreso.

Secreción ocular de un día de evacuación caracterizado por secreción purulenta de ambos ojos.

Rechazo a los alimentos, debilidad hasta quedarse inmóvil y palidez generalizada.

Motivo por el cual es llevada por su madre a esta institución.

A la exploración física se encuentra lactante femenino de 12 años 3 meses de edad, se observa con edad aparentemente menor a la cronológica.

Somatometría: Peso 5 kg.; talla 65 cm.; perímetro cefálico 41 cm.; perímetro abdominal 36.5 cm.; perímetro torácico 40cm.; temperatura 36.5 oc.

Los hallazgos de la exploración cefalocaudal, fueron los siguientes.

Por inspección se observó cráneo normal, el cual se palpaba sin hundimiento de fontanela estaba normotensa, el cabello era delgado y quebradizo.

El nivel de pabellones auriculares se encontraba a la altura de ángulo externo del ojo y sin secreción.

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, con movimientos oculares simétricos y con escasa secreción purulenta.

No se observaron datos de importancia en la nariz. Al examinar la boca, se observa oro faringe con mucosas secas y pálidas.

El cuello se palpa cilíndrico, la traque central y desplazable, no se palpan masas tumorales.

A la inspección del tórax, este se describe como cilíndrico, simétrico en sus movimientos, sin datos de dificultad respiratoria con palidez generalizada, ambas tetillas se observan a la misma altura. En la auscultación campos pulmonares bien ventilados ambos, y ruidos cardiacos rítmicos sin fenómenos agregados.

A la exploración del abdomen blando, no doloroso con peristalsis normal.

Los genitales fenotípicamente eran femerinos con eritema perianal. El ano se encontró sin alteraciones aparentes.

Se observaron miembros pélvico con rotación presente y normales edema (++) no doloroso, tono muscular con hipotrofia muscular en las cuatro extremidades. Su condición es delicada con riesgo de deshidratación y de adquirir una infección nosocomial; el pronostico de acuerdo a su evolución.

Los exámenes de laboratorio realizados fueron:

Biometría Hemática: Hemoglobina 3.7 g/dl.; Hematocrito 12.4%; Leucocitos 11200ul; Linfocitos 62%; Monocitos 3%; Segmentados 35% Plaquetas 26 000 (interpretación de la biometría hemática, una anemia del 5 0. grado que corresponde a 60% de rango. (hemoglobina y hematocrito); linfocitosis nos habla de un proceso viral (linfocitos); una plaquetopenia (plaquetas disminuidas).

Los electrolitos cloro: 97; potasio: 3.8 meg/l; urea: 23 mg%; nos sugiere una alteración renal; creatinina: 0.7 mg%; calcio 7.3 mg% (hipocalcemia).

Bilirrubina directa: 0.6; bilirrubina indirecta: 1.1; bilirrubina total: 1.7; nos sugiere hepatitis toxica proteínas totales 3.3; (proceso infeccioso) albúmina 1.6 mg%, transaminasas glutámico pirúvico 126u; gasometría: ph 7.40; PCO<sub>2</sub>:23.4; PO<sub>2</sub> 2.66; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 14.8; CO<sub>2</sub>T: 15.5; Exceso de Base 8.6; Saturación 93.5; esto nos indica alcalosis metabólica compensada.

Examen general de Orina: ph 6.5; densidad 1.006; indica falta de concentración; albúmina, trazas gm/l. Eritrocitos 3 x campo, leucocitos abundantes lo que sugiere un proceso de infección contra contaminación.

Resumiendo se trata de un lactante de 1 año 3 meses de edad con los siguientes signos y síntomas: Hiporexia 1 mes; Nausea 1 mes; debilidad generalizada 1 mes; palidez 20 días; diarrea 2 días; secreción purulenta conjuntival amarillo - verdosa de 1 día de evolución. En este caso se considera que las necesidades más afectadas son: Necesidad de beber y comer, necesidad de eliminación, necesidad de moverse y mantener buena postura, necesidad de dormir y descansar, necesidad de mantener temperatura corporal dentro de los límites normales, necesidad de estar limpio, aseado, y proteger los tegumentos y necesidad de recrearse.

## DESNUTRICIÓN

Definición: Es una enfermedad producida por la falta o bajo consumo de alimentos que dan energía y proteínas, lo que ocasiona, pérdidas de peso posteriormente provoca que se detenga el crecimiento y desarrollo de los niños.<sup>45</sup>

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

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 combina 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>46</sup>

---

<sup>45</sup> Muñoz Soria, et. Al. Guia de orientación alimentaria. Sector Salud, 1998. Pág. 91.

<sup>46</sup> Idem. Pág. 91.



El fracaso del desarrollo en el niño y en específico del 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 endocrina o fibrosis quística.

**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 maternal deficiente o una alteración de la relación madre - hijo, o problemas del niño para separarse de los padres, que le lleva a rechazar la comida para llamar la atención.

Existen otros factores que pueden conducir a la alimentación inadecuada del lactante, como: pobreza, prejuicios sanitarios y uso de dietas caprichosas, preocupación excesiva para evitar trastornos de obesidad, conocimiento

nutricional inadecuado, estrés familiar, resistencia a la alimentación, leche materna insuficiente.<sup>47</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 caloría primaria grave se relaciona con los hábitos y las técnicas de alimentación.<sup>48</sup>

**CUADRO CLINICO:** 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 presente en cualquier desnutrición de datos de dilución corresponden a un menor contenido de sólidos en todos los compartimientos y se expresan en hipocalcemia, hipocloremia, hipoalbuminemia, hipoalfaglobulinemia e hipergammaglobulinemia. La atrofia, consiste en detención del desarrollo somatométrico, retraso en la osificación, hipotrofia muscular y de la piel, se expresa por insuficiencia digestiva, la cual favorece aún más la desnutrición, por anormalidades metabólicas, por alteraciones en el crecimiento y desarrollo, por una menor capacidad de defensas primarias contra infecciones, y probablemente alteraciones cromosómicas.

**Signos Circunstanciales.** Son inespecíficos y pueden presentarse en otros padecimientos como alteración 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>49</sup>

---

<sup>47</sup> Whaley & Wong. Op. Cit. pág. 303

<sup>48</sup> Vásquez G.E., Navarro L.E. et al Hábitos de alimentación en niños con desnutrición proteico calorica primaria y secundaria grave. Bol. Méd. Del Hosp.. Infantil de Méx. Vol. 56. Octubre 1999, pág. 544.

<sup>49</sup> R. Martínez. La Salud del niño y del adolescente, 2ª Edición. México. Salvat 1995. pág 672.

**Signos agregados:** Anorexia, somnolencia, infecciones y vómito.

**DIAGNOSTICO:** 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 simultáneamente, mientras que el tratamiento de las parasitosis (si no son graves) se pueden posponer hasta conseguir la recuperación de la malnutrición.<sup>50</sup>

Una vez recogidos 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.

---

<sup>50</sup> Waldo E. Nelson. Tratado de pediatría. 13ª. Edición. Madrid, España. Interamericana Mc. Graw – Hill. 1989, pág. 146.

En los pacientes con desnutrición graves es recomendable recurrir al empleo de sucedáneos, formulas semielementales y elementales, que tiene 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 las grasas y proteínas.<sup>51</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. 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

---

<sup>51</sup> Idem. Pág. 146.

constituye una amenaza constante. También se debe estimular el desarrollo de forma adecuada.

El mayor problemas 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 fracasos del desarrollo.<sup>52</sup> Esto constituye el realizar una valoración que permite identificar las características de malnutrición, e intervenir proporcionando un ambiente tranquilo, o 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 alimentos del niño que el sólo establecerá cuando se cumpla las condiciones previas; desarrollar una rutina estructurada; ser perseverante; mantener una postura cara con el niño, siempre que sea posible, quedándose en él durante toda la comida.

#### 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.

---

<sup>52</sup> Whaley & Wong. Op. Cit. pág. 928.

También se realizaron valoraciones focalizadas, dando seguimiento a la satisfacción de su primer necesidad que es la de nutrición, con 18 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 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

En este apartado se describieron los criterios de los componentes del diagnóstico de Enfermería así como los tipos y sus jerarquizaciones.

La jerarquía de estos diagnósticos se pueden apreciar en el siguiente cuadro (grado 1 significa lo más prioritario, grado 2 que no compromete la vida).

Por otra parte todos estos diagnósticos recaen en la concepción de dependencia ya que el niño por su etapa de crecimiento y desarrollo no puede satisfacer por si mismo sus necesidades por lo tanto necesita ayuda de otros (mamá y personal de enfermería).

FECHA	DAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	TIPO	JERARQUIA
23 May 2000	Alteración de la nutrición por defecto relacionada con ingesta desminuida de nutrientes manifestada por peso inferior al esperado.	Diagnóstico Real	1
23 May 2000	Diarrea relacionada con mala absorción intestinal e inflamación manifestado por evacuaciones liquidas con moco, sangre.	Diagnóstico Real.	1
25 May 2000	Hipertermia relacionada con proceso inflamatorio gastrointestinal manifestado por piel rubicunda, taquicardia y taquipnea.	Diagnóstico Real.	2
26 May 2000	Exceso de volumen de líquidos relacionado con exceso de aporte de líquidos manifestado por edema (++) en miembros pélvicos.	Diagnóstico Potencial	2
28 May 2000	Deterioro de la integridad cutánea en región perianal relacionada con diarrea prolongada manifestado por eritema perianal.	Diagnóstico Real.	2

#### 4.4 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

Un apartado para la identificación del paciente, posterior a ello presentan 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 comento con las enfermeras del servicio donde estaba internado el niño.



U.N.A.M.

E. N. E. O.

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Nombre: MEMM.

Servicio: Nutrición.

Edad: 1 año 3 meses.

Sexo: Femenino.

Reg: 747312.

Dx: Desnutrición de III Grado.

**Diagnóstico de Enfermería:** Alteración de la nutrición por defecto relacionada con ingesta disminuida de nutrientes manifestado por peso inferior al esperado (50%).

**Objetivo:** El paciente recuperará su peso en un periodo de tiempo razonable mediante la administración de una dieta rica en los 4 grupos básicos de alimentación.

**Fecha de identificación del Diagnóstico:** 23 de mayo del 2000.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
<input type="checkbox"/> Peso cada 24 horas durante su hospitalización, a la misma hora, con la misma ropa y por la misma persona:	<input type="checkbox"/> Efectuar la medición de peso a la misma hora y con la misma ropa y por la misma enfermera aumenta la fiabilidad de esta medición.	<input type="checkbox"/> Aumentó 500gr. De peso a la semana.

<p>efectuar mediciones semanales de pliegue cutáneo; observar la aparición de signos de malnutrición según las características definitorias para el paciente.</p>	<p>□ ( Kozier 199, pag. 1099)</p>	
<p>□ Controlar la ingestión de alimentos y líquidos, efectuar el recuento diario de calorías y obtener valores analíticos apropiados de electrolitos y albúmina sérica</p>	<p>□ La evaluación de estos parámetros proporciona los datos necesarios para conservar la ingestión de alimentos y líquidos. ( Kozier 1999, pág. 1098).</p>	<p>El paciente consume una dieta bien equilibrada para restablecer los déficit nutricionales elaborada por el nutriologo.</p>
<p>□ Llegar a un acuerdo con el especialista en dietética, según sus necesidades para el diseño de la dieta de</p>	<p>□ El especialista en dietética puede establecer requisitos específicos de caloría, proteínas y otros para el</p>	<p>El nutriologo identifica las modificaciones dietéticas necesarias y alimentos ricos en nutrientes.</p>

acuerdo a su edad y estado de salud.	cliente. (Kozier 1999,pág. 1098).	
<input type="checkbox"/> Permitir un período de descanso entre las comidas, según sea necesario.	<input type="checkbox"/> El reposo facilita al paciente la conservación de la energía necesaria para alimentarse por si solo. ( Kozier 1999 pág. 1098).	Se observa en el paciente que come sin cansarse.
<input type="checkbox"/> Solicitar a la mamá que traiga alimentos de su casa que le gusten al paciente.	<input type="checkbox"/> Los alimentos preparados en el hogar suelen estimular el apetito. <input type="checkbox"/> (Kozier 1999, pág 1098).	El paciente acepta con agrado los alimentos.
<input type="checkbox"/> Ofrecer comidas pequeñas y frecuentes.	<input type="checkbox"/> Tres grandes comidas al día pueden ser demasiadas para el paciente; las comidas pequeñas producen menos fatiga. (Kozier 1999, pág. 1098).	El paciente consume una dieta bien equilibrada para establecer los déficit nutricionales.

**Diagnóstico de Enfermería:** Diarrea relacionada con mala absorción intestinal e inflamación manifestada por evacuaciones liquidas con moco, sangre y vómitos.

**Objetivo:** La paciente disminuirá el número de evacuaciones liquidas mediante la administración de líquidos intravenosos de medicamentos.

Fecha de identificación del diagnóstico: 23 de mayo del 2000.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTOS	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Administrar líquidos por vía parenteral con soluciones de base: 175ml. Para 6hrs.</li> <li>□ Solución glucosada al 50% ... 22ml.</li> <li>□ Solución fisiológica al 0.9% ..... 24ml.</li> <li>□ K.C.L. -----1.4 ml.</li> <li>□ Agua inyectable 128 ml.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Una valoración precisa permite a la enfermera desarrollar planes apropiados para una terapia de reposición de fluidos. (Kozier 1999,Pá. 1152).</li> </ul>	<p>* El paciente experimenta una reducción por alivio del factor causal de la pérdida de fluidos como queda evidenciado por la disminución en la calidad o ausencia de vómitos y diarrea.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Balance hídrico:</li> <li>□ Ingresos:</li> <li>□ Vía parenteral.</li> <li>□ Egresos:</li> <li>□ Orina.</li> <li>□ Evacuación</li> <li>□ Vómitos</li> </ul>	<p>Mantener el control meticuloso asegura una correcta hidratación si el niño experimenta una disminución de la diuresis, puede significar que requiere un suplemento de líquidos. (Morgan 1993 pág.7)</p>	<p>El paciente tiene una ingestión y eliminación de fluidos equilibrada durante 3 días.</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Observar número y características mediante un código</li> <li>□ Color</li> <li>□ Consistencia</li> <li>□ Forma.</li> <li>□ Cantidad</li> <li>□ Olor.</li> <li>□ Componentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ La valoración continua proporciona datos para evaluar la eficacia de las intervenciones. (Kozier 1999, pág. 1261).</li> <li>□ Llevar un registro de números y características de las evacuaciones facilita su valoración.</li> </ul>	<p>El paciente eliminara heces de consistencia normal, experimenta una defecación no más de dos deposiciones al día y carece de dolor.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>Observar signos de deshidratación:</b></li> <li>□ Perdida de peso.</li> <li>□ Pulso rápido y débil.</li> <li>□ Ingesta de líquidos menores que la eliminación.</li> <li>□ Disminución de volumen urinario (menos de 30 ml. Hr.)</li> <li>□ Membranas mucosas secas globos oculares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ La evidencia de deshidratación sugiere que el niño no recibe suficientes líquidos.</li> <li>□ (Morgan 1999, pág 7).</li> </ul>	<p>El paciente manifiesta signos clínicos de hidratación adecuada. Membranas mucosas húmedas. Ausencia de sed.</p>

<p>hundidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Disminución en la formación de lágrimas y saliva.</li> <li>□ Fontanela hundida.</li> <li>□ Venas del cuello planas.</li> <li>□ Disminución del volumen sanguíneo.</li> <li>□ Refiere debilidad y sed.</li> <li>□ Disminución en la turgencia de la piel.</li> </ul>		
<p>Cuando este indicado reiniciar la vía oral con micro estimulación por sonda nasogástrica con 50 ml. De agua inyectable para 2 hrs. Por 3 tomas.</p>	<p>El aporte de líquidos por vía oral servirá para hidratar al niño hasta que remita la crisis. (Morgan 1999, pág. 7).</p>	<p>Mantiene la piel integra mediante hidratación para la ausencia de eritema o soluciones de continuidad.</p>
<p>Leche sin lactosa 150 ml. Cada 3 hrs.</p>		
<p>Inspeccionar después de cada deposición.</p>	<p>La inspección de la piel permite a la enfermera comparar su estado con</p>	

	los datos básicos (Kozier 1999, pág 1261).	
Proporcionar cuidados cutáneos adecuados, con jabón suave y agua utilizar aceites minerales para la limpieza perianal de la piel.	Los agentes limpiadores suaves evitan la irritación de la piel. (Kozier 1999, pág 1261).	

**Diagnostico de enfermería:** Hipertermia relacionada con proceso inflamatorio gastrointestinal manifestado por piel rubicunda, taquicardia y taquipnea.

**Objetivo:** La niña regulara su temperatura que pondrá de manifiesto por una temperatura corporal dentro de los limites normales.

**Fecha de identificación del Diagnóstico:** 25 de mayo del 2000

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
Mantener un ambiente templado, fresco mediante la utilización de pijamas ligeras y poca ropa de cama, intentando mantener la habitación a una temperatura 22.2 y	Mantener fresco al ambiente ayuda a disminuir la temperatura corporal, a través de perdidas de calor por irradiación. (Morgan 1999, pág. 7).	La temperatura se mantuvo entre 36.5 y 37° C.

23.9° C.		
Administración de antitérmicos, según las ordenes médicas.	Los antitérmicos, como el paracetamol son útiles para disminuir la temperatura corporal. (Morgan 1999, pág 7).	El paciente no tiene fiebre, sus signos vitales son estables.
Control de temperatura por medios físicos.	El calor se pierde por conducción, radiación, evaporación y convección.	
Bañar al niño con agua tibia para disminuir la temperatura.	Los baños tibios refrescan por conducción. (Morgan 1999, pág 7).	
Elaboración de una grafica de temperatura cada 2 hrs. 8 horas. 39.5° C. 10 horas 38.5° C. 12 horas 37.5° C. 14 horas 36.5° C.		La grafica muestra disminución en las cifras de la temperatura.
Controlar la temperatura del niño cada 2 horas para detectar una posible elevación brusca.	La elevación brusca de la temperatura puede motivar una convulsión. (Morgan 1999, pág 7).	El paciente mantiene las constantes vitales en los niveles normales.



Administración de antibióticos. Cetoxime 125 mg. I.V. cada 6 hrs.	Agente etiológico con antibióticos aunque en regla no es necesario ya que puede tratarse de una infección viral.  (Morgan 1999, pág 7).	
---	---	--

**Diagnóstico de enfermería:** Exceso de volumen de líquidos relacionado con retención manifestado por edema (++) en miembros pélvicos.

**Objetivo:** Ayuda al paciente a modificar su ingestión de líquidos.

**Fecha de identificación del Diagnóstico:** 26 mayo 2000

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
* Favorecer la ingestión de alimentos y bebidas bajas en sodio.	* El niño puede requerir una restricción sódica para prevenir la retención de líquidos.  (Morgan 1999, pág 196).	• El niño presenta mejoría en el gasto urinario, manteniendo el peso, sigue las restricciones de la dieta u no presenta complicaciones con peligro para la vida.
•Control del edema mediante la valoración	La aparición de un rápido aumento de peso indica	

<p>del signo de godete.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar localización y magnitud de edema.</li> </ul>	<p>retención de líquidos.</p> <p>(Morgan 1999, pág 120).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar balance de líquidos estricto cada 6 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es esencial un control riguroso para valorar el estado hídrico del niño en un momento dado. (Morgan 1999, pág 131).</li> </ul>	<p>El paciente mantiene una ingestión de líquidos dentro del periodo designado.</p>
<p>* Pesar diariamente al paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• * Los pesos diarios exactos pueden detectar pérdidas de líquidos. 8 (Carpenito 1994 pág 171.)</li> </ul>	<p>* El paciente mantiene el peso en los niveles de referencia normales.</p>

**Diagnóstico de enfermería:** Ansiedad en el niño relacionado con la hospitalización y separación de la madre manifestada por irritabilidad y decaimiento.

**Objetivo:** El niño disminuirá su nivel de ansiedad mediante la persistencia de interacción con sus padres y personas mas allegadas y personal de salud.

Fecha de identificación del Diagnóstico 27 mayo de 2000

INTERVENCIÓNES	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer al niño una ayuda emocional apropiada para su edad cuando este hospitalizado. Puede hacerse abrazándolo, dejándole juguetes con los que este familiarizado y conversar con el.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dado que el niño corre el riesgo de tener miedo y trastornos emocionales, es esencial ayudarle en ese sentido para que su experiencia en la hospitalización sea positiva ( Morgan 1999 pág 226).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Al niño lo observamos tranquilo cuando se le permite a la familia permanecer más tiempo con el.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a los padres a enfrentarse con su propia ansiedad mediante las charlas y el consejo de un Psicólogo, así como ofreciéndole un ambiente comprensivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La ansiedad de los padres tiene un efecto directo sobre el grado de ansiedad experimentado por su hijo. Por lo tanto disminuyendo aquella se consigue al mismo tiempo reducir la ansiedad del niño. (Morgan 1999 pág. 226)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Los padres planifican la asistencia de seguimiento para vigilar el aumento de peso y el estado nutricional del niño y disminuyen la ansiedad en el niño.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Proporcionar un</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El apetito se estimula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* En la hora de la comida</li> </ul>

ambiente agradable durante las comidas y ayudar a la paciente para que ingiera los alimentos suministrados.	en un ambiente relajado y agradable. (Carpenito 1994. pág 178).	la mama ofrece los alimentos para estimular a la paciente a ingerirlos.
---	---	---

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro de la integridad cutánea en región perianal relacionada con diarrea prolongada manifestado por eritema perianal.

**Objetivo:** El paciente recuperara la textura de su piel en la región perianal en el menor tiempo posible.

**Fecha de identificación del Diagnóstico :** 28 mayo del 2000

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
Mantener limpia y seca la piel en genitales	La humedad retenida puede causar la meceración de la piel. (Kozier 1999. pág 781.)	El paciente muestra una higiene optima, que se evidencia por una piel limpia, suave, sin olor, intacta y un aspecto agradable.
Realizar cambios de pañal cuantas veces sea necesario.		
Proteger el área perianal	Una barrera cutánea	

para que no se irrite y la aplicación de ungüentos.	evita la eroción de la piel. (Kozier 1998. pág 1261)	
Realizar aseo peri anales después de cada evacuación. Valorar la integridad de la piel alrededor del área perianal.	Las secreciones acumuladas producen olor y actúan como reservorio de infección. (Kozier 1998 pág. 781)	
Realizar un cuidado adecuado de la piel (dejar al aire el área del pañal), mantenerla limpia, evitar el uso de toallitas comerciales que pueden contener productos químicos, irritantes, aplicar pomadas según prescripción).	La detección precoz de los problemas promueve la rápida intervención de la enfermera. (Kozier 1998, pág. 781).	El área perianal del niño se mantiene intacta.

El paciente en la actualidad se encuentra en tratamiento en conjunto con la Cruz Blanca.

Los seguimientos realizados se llevaron a cabo durante la hospitalización en la sala de nutrición y se involucró a la familia, particularmente a la mamá; ya que fue ella quien participo en cuidados durante su estancia en el hospital. Por otra parte no fue posible continuar el manejo en el domicilio ya que el paciente fue

trasladado a otra institución para continuar su tratamiento y seguir su manejo de crecimiento y desarrollo y evitar alguna infección intra hospitalaria.

Por otro lado se le enseñó a la mamá el manejo higiénico dietético para continuarlo en el hogar.

Por último cabe mencionar que por la edad el niño no se logra la independencia ya que depende totalmente de otras personas.

## V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Llevar a la práctica cuidados especializados a un paciente con problema en la Alternación de la nutrición por defecto relacionado con un peso menor 50% es difícil por la etapa de desarrollo y crecimiento en que se encuentra la paciente y por lo tanto no va a poder satisfacer sus necesidades, va a necesitar ayuda de otras (mamá y personal de enfermería).

- En el presente estudio de caso se concluye lo siguiente:
- En lo que se refiere a los aspectos teóricos, se logró la comprensión de conceptos disciplinarios como lo concerniente al proceso del cuidado y su relación, con los de la propuesta de las catorce necesidades.
- Se considera que este aspecto es crucial para sentar las bases del ejercicio profesional de la licenciada en enfermería.
- Cabe destacar que la profesión de enfermería tiene conceptos propios y que los conocimientos de otras disciplinas, sirven solo como herramientas para valorar de una manera integral al individuo.
- Con relación a los aspectos metodológicos se reafirma las habilidades y destrezas en la ejecución de técnicas y procedimientos que son específicos y de alta especialidad en el ámbito infantil, estos se adquirieron y se pusieron en práctica en

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

su momento, en el área hospitalaria para lograr la independencia del paciente.

- El objetivo general se cumplió ya que se identificaron las necesidades afectadas en una paciente con alteración de la nutrición por defecto relacionado con peso menor al 50%.
- En cuanto a los objetivos específicos se lograron jerarquizar las necesidades afectadas, se detectaron los diagnósticos de enfermería tomando en cuenta los datos recolectados en la valoración, se diseñó un plan de intervención, el cual se aplicó a lo largo de los seguimientos y en hospitalización.
- En cuanto a los instrumentos que se aplicaron proporcionados por el Seminario del Proceso Atención de Enfermería para la recolección de los datos del paciente fueron de gran utilidad ya que son una herramienta fundamental que facilitó esta tarea durante la etapa de valoración.
- Por otra parte cabe destacar la participación de otros miembros del equipo de salud aunque siempre se busca la intervención independiente de la enfermera.
- Se debe tomar en cuenta que día con día surgen conceptos nuevos y que el avance tecnológico cambia, esto nos debe poner atentos para seguir cambiando ya que de esto depende el proporcionar cuidados de enfermería de especialidad y de acuerdo a la etapa histórica del momento en que estamos viviendo.



## SUGERENCIAS.

Se debe fomentar el conocimiento de la metodología así como de las teorías existentes en enfermería, de esta manera se estará a la vanguardia del avance de la disciplina.

Elaborar más estudios de caso, aplicando las etapas del proceso, así se despierta el interés por la investigación.

Sembrar la inquietud de publicar lo ya investigado ya que esto enriquece el conocimiento.

Dar a conocer a otros miembros del equipo de salud, los conceptos que se manejan dentro de la profesión.

Buscar revistas diversas en las cuales se acepte la publicación de los estudios de caso de los especialistas y cada vez sean más las enfermeras que se interesen en participar.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Abdalá Loredo Arturo. Medicina Interna Pediátrica. Mc Graw-Hill. Interamericana. 3ª. Edición. 1997.
2. Alfaro -Lefevre Rosalinda, Aplicación del proceso de Enfermería Práctica. Mosby - Doyma 3ª. Edición 1996.
3. Fernández Ferrín Carmen, El Proceso de Atención de Enfermería estudios de caso. Masson. 1995
4. Joyce Engel, Clínica de Enfermería y Exploración Física. Mosby, 2ª. Edición. 1993.
5. Phaneuf Margot, Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Mc. Graw-Hill. 1993.
6. Phaneuf Margot, Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. Cuidados de Enfermería. Mc. Graw - Hill. 1997.
7. Diagnósticos Enfermeros de la NANDA definiciones y clasificación. Harcourt 1999 - 2000, 25 Aniversario.
8. Diagnósticos Enfermeros un Instrumento para la practica Asistencial. Harcourt Brace 3ª. Edición 1998.
9. Kozier B. Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Práctica. Mc Graw - Hill 5ª. Edición. 1999.
10. Morgan S. Kathleen, Cuidados de enfermería en Pediatría. Doyma 1993.
11. Carpetino L. J. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Diagnósticos de Enfermería y Problemas Asociados. Mc. Graw - Hill Interamericana. La. Edición 1994.

12. M.E. Muscari. Enfermería Pediátrica. Mc. Graw - Hill. Interamericana 2ª. Edición 1998.
13. Masson. Diccionario Medico. Salvat. 4ª. Edición 1998.
14. Waley I. Wong. Enfermería Pediátrica. México. Mosby Doyma 1996.
15. Potter Perry. Fundamentos de Enfermería Teoría y Practica. Harcourt 3ª. Edición 1996.
16. Gravioto Joaquín. Efecto de la nutrición sobre el desarrollo neurointegrativo del niño. Bol. Hosp. Infant. Máx. Vol. 56 No.1. Enero 1999.
17. Martínez y Martínez. La salud del niño y del adolescente. 2ª. Edición. México. Salvat. 1995.
18. Vázquez G. E. Navarro. L. E. et. al. Hábitos de alimentación en niños con desnutrición proteico calórica primaria y secundaria grave. Bol. Med. del Hosp. Infant. de Mex. Vol. 56 No. 56. Octubre 1999. pág 544.
19. Waldo E. Nelson Tratado de pediatría. 13ª. Edición. Madrid. España. Interamericana Mc Graw - Hill. 1989.
20. Wong L. Donna. Enfermería Pediátrica. 4ª. Edición. Madrid, España. Mosby / Doyma.
21. W. Iyer Patricia. Proceso y teorías en enfermería. 3ª. Edición. México. Interamericana Mc Graw - Hill 1999.
22. <http://web.jet.es/a/exrt/>.

## VII. GLOSARIO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** Es un método racional y sistemático de organizar y presentar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud del cliente, los problemas reales o posibles de su salud, establecer unos planes para atender a las necesidades que puedan identificar, y determinar las intervenciones específicas de enfermería para cubrir esas necesidades. Las cinco fases son: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación.

**VALORACIÓN:** Primera fase del cuidado de enfermería; las actividades que integran esta primera fase son la recogida de datos y su verificación, clasificación y documentación. El objetivo es reunir la información para identificar el problema sanitario que se presenta.

**DIAGNÓSTICO:** Informe sobre un problema de salud real o potencial que la enfermera pueda tratar legalmente y de forma independiente.

**PLANIFICACIÓN:** Proceso de designación de actuaciones destinadas a lograr los objetivos y resultados de la dispersación de cuidados.

**EJECUCIÓN:** Iniciación y finalización de las actuaciones de enfermería necesarias para ayudar al paciente a conseguir sus objetivos de salud.

**EVALUACIÓN:** Determinación del grado en el que se han alcanzado los objetivos establecidos en relación a un paciente.

## GLOSARIO

### Conceptos de Virginia Henderson:

**ENFERMERÍA:** La única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

**SALUD:** Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia.

**ENTORNO:** Es el conjunto de todas las condiciones e influencias del medio ambiente que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

**PERSONA: (PACIENTE)** Individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente a su familia como una unidad.

**INDEPENDENCIA:** Si satisface las necesidades por si mismo o que otro hace en su lugar según su fase de crecimiento y desarrollo.

**DEPENDENCIA:** Si no satisface una o más necesidades por acciones inadecuadas que realiza o por tener imposibilidad para cumplirlas en virtud de una incapacidad o falta de suplencia.

**FALTA DE FUERZA:** No solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a su término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estados de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

**FALTA DE CONOCIMIENTO:** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

**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 sus catorce necesidades.

**FUENTE DE DIFICULTAD DE ORDEN FÍSICO:** Comprende cualquier impedimento físico, de naturaleza intrínseca o extrínseca, que entorpece la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.

**FUENTES DE DIFICULTAD DE ORDEN PSICOLÓGICO:** Comprende los sentimientos y las emociones, o en otras palabras, los estados de ánimo y del intelecto, que pueden influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales.

**FUENTES DE DIFICULTAD DE ORDEN SOCIOLOGICO:** Comprende problemas generados al individuo por sus relaciones con el entorno, con problemas ligados a su inserción en la comunidad.

**FUENTES DE DIFICULTAD DE ORDEN ESPIRITUAL:** Se refiere al espíritu, al sentido moral y a los valores.

**FUENTES DE DIFICULTAD VINCULADAS A UNA INSUFICIENCIA DE CONOCIMIENTOS:** El cliente debe adquirir ciertos conocimientos de sí mismo, de la salud, de la enfermedad, y luego, el conocimiento de los otros y del entorno.

## VIII. ANEXOS

# Apéndice A

## Historia de enfermería pediátrica y examen de la familia

### INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Sobrenombre: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Conocido por: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
 Relación del informante \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_  
 con el niño: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE ENFERMERÍA

#### Familia:

Medio comunitario y hogareño \_\_\_\_\_

Tradiciones culturales \_\_\_\_\_

Miembros de la familia en el hogar (por ej., padres, hermanos, abuelos, otros)

Nombre	Edad	Estado de salud	Educación	Ocupación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Enfermedades hereditarias: \_\_\_\_\_

#### Niño:

Cuidador primario: \_\_\_\_\_

¿Trabajan los padres? Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Si los padres trabajan, ¿quién cuida al niño? \_\_\_\_\_

¿Cómo se pueden hallar los padres si es necesario? \_\_\_\_\_

Cambios en la familia que pueden afectar a este hijo (por ej., nacimientos, enfermedades, muertes, etc.) \_\_\_\_\_

#### Comportamiento del niño

##### Comportamiento alimentario:

Mamadera \_\_\_\_\_ Alimentado a pecho \_\_\_\_\_ Taza \_\_\_\_\_ Cuchara \_\_\_\_\_

Si se ha introducido la taza, ¿cómo se ha hecho? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Edad de destete \_\_\_\_\_

Tipo de fórmula: \_\_\_\_\_ Cantidad y frecuencia: \_\_\_\_\_

Jugos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cantidad y frecuencia: \_\_\_\_\_

Cantidad de leche por día: \_\_\_\_\_

Cantidad de agua por día: \_\_\_\_\_



Alimentos con los dedos: \_\_\_\_\_  
 Utensilios utilizados: \_\_\_\_\_  
 Alimento sólido: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Papilla \_\_\_\_\_  
 Especial para el niño: \_\_\_\_\_ Comida familiar común: \_\_\_\_\_  
 Vitaminas: \_\_\_\_\_ Fluoruros: \_\_\_\_\_  
 Apetito: Bueno \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_  
 Restricciones en la dieta: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es positivo, describir: \_\_\_\_\_

Menú típico diario (alimento, cantidad y hora):  
 Desayuno a \_\_\_\_\_ Almuerzo a \_\_\_\_\_ Cena a \_\_\_\_\_ Aperitivos a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Dónde se realizan las comidas? \_\_\_\_\_  
 Líquidos y sólidos no tolerados: \_\_\_\_\_  
 Preferencias religiosas y culturales: \_\_\_\_\_  
 Gustos especiales: \_\_\_\_\_ Disgustos: \_\_\_\_\_  
 Problemas de alimentación o para comer: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si es positivo, ¿cómo se maneja? \_\_\_\_\_

Pica \_\_\_\_\_  
 Evacuación:  
 Número de movimientos intestinales por día: \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_  
 Pañales de tela: \_\_\_\_\_ Pañales comerciales: \_\_\_\_\_ Bombachas de goma: \_\_\_\_\_  
 Control de esfínteres: Día \_\_\_\_\_ Noche \_\_\_\_\_  
 Usa bacinilla: \_\_\_\_\_ Inodoro: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas veces es llevado al baño? \_\_\_\_\_  
 Si se está enseñando control de esfínteres, método utilizado: \_\_\_\_\_

Palabras o lenguaje corporal utilizado (por ej., gruñendo, señalando, etc.): \_\_\_\_\_  
 Movimiento intestinal: \_\_\_\_\_ Micción: \_\_\_\_\_  
 Problemas relacionados con la evacuación: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Diarrea \_\_\_\_\_ Constipación \_\_\_\_\_ Incontinencia: Orina \_\_\_\_\_ Heces \_\_\_\_\_  
 Chorro urinario \_\_\_\_\_ Frecuencia de la evacuación \_\_\_\_\_ Malestar con la micción \_\_\_\_\_  
 Método de Credé \_\_\_\_\_ Si es positivo, ¿cómo se maneja? \_\_\_\_\_  
 Menstruación: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Problemas presentes: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se manejaron? \_\_\_\_\_

Sueño:  
 Sueño en: Cuna \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ Solo \_\_\_\_\_ Con \_\_\_\_\_  
 Siestas: \_\_\_\_\_ Hora y duración: \_\_\_\_\_  
 Hora de acostarse habitual: \_\_\_\_\_ Despierta: \_\_\_\_\_  
 Llevado al baño a: \_\_\_\_\_  
 Rituales especiales al acostarse: Mamadera \_\_\_\_\_ Tipo de líquido \_\_\_\_\_  
 Juguete \_\_\_\_\_ Manta \_\_\_\_\_ Chupete \_\_\_\_\_  
 Temores: Oscuridad \_\_\_\_\_ Tormentas \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
 Problemas relacionados con el sueño: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Pesadillas \_\_\_\_\_ Caminar dormido \_\_\_\_\_ Trepas \_\_\_\_\_  
 Moja la cama \_\_\_\_\_ Si es positivo, ¿cómo lo maneja? \_\_\_\_\_

**Higiene personal:**

Cuidado por otro: Vestido \_\_\_\_\_ Cepillado de dientes \_\_\_\_\_

Baño (hora habitual) \_\_\_\_\_ Frecuencia de lavado del cabello \_\_\_\_\_

Autocuidado: Vestido \_\_\_\_\_ Cepilla los dientes \_\_\_\_\_ Baño (hora habitual) \_\_\_\_\_

Bañera \_\_\_\_\_ Ducha \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Frecuencia del lavado de cabello \_\_\_\_\_

Necesita ayuda con la higiene personal: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es positivo, explicar \_\_\_\_\_

Aparatos dentales: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Problemas relacionados con la higiene personal: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es positivo, ¿cómo se manejan? \_\_\_\_\_

**Comportamiento y actividades:**

¿Cómo describe el padre el comportamiento? \_\_\_\_\_

¿Temores distintos de los descritos previamente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es positivo, ¿cómo se manejan? \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona el niño frente a la tensión (llanto, rabieta, aislamiento, alejamiento)? \_\_\_\_\_

¿Cómo se reconforta al niño cuando está angustiado? \_\_\_\_\_

Medidas disciplinarias: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Qué comportamientos se consideran "malos"? \_\_\_\_\_

Métodos de disciplina: \_\_\_\_\_

Problemas del comportamiento: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es positivo, ¿cómo se manejan? \_\_\_\_\_

Nivel de actividad motora (por ej., gira sobre sí, se sienta solo, camina sin ayuda, etc.) \_\_\_\_\_

Juega habitualmente: Solo \_\_\_\_\_ Juego paralelo <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

Con otros \_\_\_\_\_

Actividad lúdica y juguetes preferidos: \_\_\_\_\_

Juguete de seguridad "especial" (manta, osito de peluche, etc.): ¿Se trajo con el niño?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hobbies o intereses (por ej., escantismo, clubes, etc.) \_\_\_\_\_

Programas favoritos de TV: \_\_\_\_\_

Reglas especiales para ver TV: \_\_\_\_\_

Programas de radio favoritos: \_\_\_\_\_

Actividades que el niño disfruta hacer en la cama: \_\_\_\_\_

¿El niño va (sí/no) a: Guardería \_\_\_\_\_ Jardín de infantes \_\_\_\_\_

Escuela primaria \_\_\_\_\_ Escuela secundaria \_\_\_\_\_

Nombre del colegio: \_\_\_\_\_ Grado completado: \_\_\_\_\_

Clases especiales: \_\_\_\_\_ Actitudes hacia el colegio: \_\_\_\_\_

Grados: Bueno \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_\_

Problemas en el colegio: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es positivo, explicar: \_\_\_\_\_

**Discapacidades:**

Visión \_\_\_\_\_ Anteojos \_\_\_\_\_  
 Audición \_\_\_\_\_ Audífono \_\_\_\_\_  
 Habla \_\_\_\_\_  
 Dentales \_\_\_\_\_  
 Marcha \_\_\_\_\_  
 Otras discapacidades \_\_\_\_\_ Prótesis \_\_\_\_\_  
**Aparatos auxiliares:**  
 Silla de ruedas \_\_\_\_\_ Chaquetas de sostén \_\_\_\_\_  
 Aparato ortopédico \_\_\_\_\_ Andador \_\_\_\_\_  
 Muletas \_\_\_\_\_ Férula \_\_\_\_\_  
 Bastón \_\_\_\_\_ Carrito \_\_\_\_\_

Yeso (describir) \_\_\_\_\_

**Comunicación y socialización:**

**Problemas con la comunicación**

Verbales: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

No verbales: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es positivo, explicar \_\_\_\_\_

¿Qué palabras utiliza el niño que son únicas? (palabras y significado) \_\_\_\_\_

¿Qué personas son importantes para el niño? \_\_\_\_\_

Reacción del niño frente a los adultos no familiares: por ej., tímido, amistoso, asustado, etc. \_\_\_\_\_

Reacción del niño frente a amigos de la misma edad: Muchos amigos \_\_\_\_\_ Amigos especiales \_\_\_\_\_ Solitario \_\_\_\_\_

Animalitos en la familia: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es positivo, ¿qué tipo de animal y nombre?: \_\_\_\_\_

¿Ha estado lejos del hogar el niño antes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es positivo, explicar las reacciones: \_\_\_\_\_

Se ha acostumbrado el niño a las niñeras? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SALUD**

**Historia natal:**

Gestación: Normal \_\_\_\_\_  
 Desviación de la normalidad \_\_\_\_\_

Nutrición de la madre \_\_\_\_\_

Nacimiento: Normal \_\_\_\_\_

Desviaciones de la normalidad \_\_\_\_\_

Estado del neonato \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo después del nacimiento el padre(s) tocó al niño? \_\_\_\_\_

Período neonatal: Normal \_\_\_\_\_

Desviaciones de la normalidad \_\_\_\_\_

**Antecedentes de salud:**

Historia, incluyendo enfermedades transmisibles, operaciones, accidentes, etc. (dar detalles): \_\_\_\_\_

¿Estuvo el niño hospitalizado antes? Sí (incluir fechas) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

Reacción durante la hospitalización: \_\_\_\_\_

Reacción luego del alta: \_\_\_\_\_

Recibió atención primaria de: \_\_\_\_\_

Otras agencias de salud involucradas (por ej., clínicas, etc.): \_\_\_\_\_

Estado de salud dental \_\_\_\_\_

Alergias: Alimento \_\_\_\_\_ Droga \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Registro

de inmunizaciones (dar fechas): DTP 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ Refuerzo 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Vacuna polio oral trivalente \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ Refuerzo 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Prueba de tuberculina \_\_\_\_\_

Sarampión \_\_\_\_\_ Paperas \_\_\_\_\_ Rubéola \_\_\_\_\_

*H. influenzae* tipo b \_\_\_\_\_ Neumocócica (alto riesgo solamente) \_\_\_\_\_

Enfermedad actual:

Síntoma principal actual: \_\_\_\_\_

Historia de enfermedad actual: \_\_\_\_\_

Tratamiento dado previo al ingreso: Medicaciones \_\_\_\_\_

Tratamientos \_\_\_\_\_

**RESPUESTA DEL PADRE Y EL NIÑO A LA ENFERMEDAD**

Padre(s):

Concepto de los padres sobre el diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Cómo ha cuidado a su hijo en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Qué cuidados que Ud. ha dado en el hogar le gustaría dar durante esta hospitalización (por ej., baño, alimentos, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Cómo le podemos ayudar a dar más cuidados a su hijo (técnicas especiales de alimentación, cuidados del yeso, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Cómo se alteró su rutina en el hogar como resultado de esta hospitalización (por ej., niñera para otros hijos, etc.)? \_\_\_\_\_

Niño:

¿Comprensión por parte del niño del diagnóstico y razón para la hospitalización? \_\_\_\_\_

¿Alguien le ha explicado los procedimientos posibles al niño (endovenosa, cirugía, etc.)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es positivo, explicar \_\_\_\_\_

Reacción del niño frente a la enfermedad (por ej., asustado, inquieto, etc.): \_\_\_\_\_

Temores en relación al tratamiento durante la enfermedad (por ej., agujas, restricción de la actividad, etc.): \_\_\_\_\_

¿Qué medicaciones toma el niño en el hogar (vitaminas, etc.)? \_\_\_\_\_

Métodos para darlas: \_\_\_\_\_

¿Se ha dado alguna medicación hoy? \_\_\_\_\_

¿Qué autocuidados es capaz de realizar el niño (p. ej., hemofilia, se aplica su propia endovenosa; diabético, se aplica su propia insulina, etc.)? \_\_\_\_\_

Preocupaciones verbalizadas por el padre o el niño: \_\_\_\_\_

*Observaciones efectuadas por la enfermera de la interacción padre/hijo durante la entrevista:*

---

---

---

---



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EDUCACIÓN CONTINUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SEMINARIO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Seguimiento

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
No. de seguimiento \_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_

Síntesis de la valoración focalizada: describa la (s) necesidad más afectada (s):

Redacción de los diagnósticos de enfermería:

- 1.
- 2.
- 3.