



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**“ PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICADO EN EL
CUIDADO DE UN LACTANTE MAYOR SANO”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

NOMBRE: JUANA IRMA OROPEZA GONZALEZ

No. DE CUENTA: 09208446-5

DIRECTOR DEL TRABAJO

MTRA. MAGDALENA FRANCO OROZCO



*Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Paginación Discontinua

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

A quienes me brindaron su apoyo incondicional y sin escatimar esfuerzo alguno; estuvieron siempre a mi lado hoy les digo GRACIAS.

A esa gran persona y guía, que siempre tuvo palabras de aliento y de entusiasmo para conseguir mi objetivo y obtener la meta.

GRACIAS MTRA. MAGDALENA FRANCO OROZCO.

INDICE

TEMA	PAGINA
I INTRODUCCIÓN.....	I
II OBJETIVOS.....	II
2.1 OBJETIVO GENERAL	
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO	
III MARCO TEORICO.....	1
3.1 MODELO DE HENDERSON.....	1
3.2 PROCESO DE ENFERMERIA.....	9
IV APLICACIÓN DEL PAE.....	14
4.1 PRESENTACION DEL CASO.....	16
4.2 CRECIMINETO Y DESARROLLO.....	20
4.3 VALORACION DE LAS NECESIDADES.....	30
4.4 ESTABLECIMIENTO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	31
4.5 DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....	34
V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	51
VI GLOSARIO.....	54
VII BIBLIOGRAFÍA.....	58
VIII ANEXOS.....	60

I. INTRODUCCIÓN.

El licenciado en Enfermería y Obstetricia, es un profesional que tiene las capacidades esenciales; adquiridas a lo largo de su formación teórica y práctica, para intervenir apropiadamente en la vigilancia del proceso salud – enfermedad, brindando atención y apoyo a la población que le permite desarrollar sus habilidades para ejercer juicios clínicos propios.

Cada uno de los conocimientos; adquiridos tanto en la fase teórica como en la práctica, son las herramientas de la base de la profesión y del proceso de enfermería que permiten realizar un abordaje sistemático para la práctica de la profesión.

Es por ello que, para quienes nos dedicamos a ejercer esta profesión, la investigación debe ser un paso indispensable, con el fin de contribuir al cuerpo de conocimientos en la ciencia de enfermería.

Ésto representa una mejor atención para el paciente y un avance continuo para la profesión. La mejor manera de iniciar la investigación, es la aplicación a nuestra práctica diaria del proceso enfermero.

Con base a lo anterior, se ha realizado el presente trabajo, tomando como guía el modelo de Virginia Henderson, así como el establecimiento de los diagnósticos enfermeros y el uso del proceso de atención de enfermería, lo que juntos forman la organización de atención.

El modelo de Virginia Henderson, hace hincapié en el arte de la disciplina, e identifica las 14 necesidades básicas del individuo; y es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de atención enfermería.

II. OBJETIVOS.

3.1 OJETIVO GENERAL.

Aplicar la valoración de enfermería en el lactante mayor femenino sano, basado en las necesidades fundamentales.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar los diagnósticos de enfermería en el lactante.

Implementar cuidados integrales en el lactante sano.

Estimular al lactante en su crecimiento y desarrollo.

III. MARCO TEORICO.

3.1 MODELO DE HENDERSON.-

Durante mucho tiempo las enfermeras han usado un proceso para resolver problemas en la práctica de la atención de enfermería, mediante la observación de aspectos particulares del paciente, trabajando a partir de una base de conocimientos para llegar a conclusiones, pero hoy en día, el proceso para la toma de decisiones es más complejo por lo que las enfermeras tenemos un a serie importante de datos a nuestra disposición y la capacidad de escoger la información pertinente para poder reencontrar la esencia de la enfermería, que es el cuidado del individuo usando su experiencia y conocimiento para ayudarlo y ayudarse si misma.

En la práctica de enfermería la intuición, es la capacidad para poder valorar elementos de una situación como un todo para poder resolver problemas y así tomar decisiones con datos, siendo la intuición una parte importante del arte de la enfermería.

A nuestra disciplina se le aplican muchos conceptos sobre los seres humanos, salud, relaciones de ayuda y comunicación. Los conceptos que influyen en la enfermería más significativamente y determinan su ejercicio son: la persona que recibe los cuidados, el entorno en el que existe la persona, la salud en el momento del contacto con la enfermera y las acciones de enfermería.

Estos conceptos juntos forman el metaparadigma de la enfermería. El metaparadigma, es la perspectiva más global de toda disciplina de una forma propia¹. Reuniendo los propósitos intelectuales, para diferenciar a la enfermería de otras disciplinas, delimitando así el cuidado como su objeto de estudio.

PERSONA: Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son considerados como una unidad. Se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente; constante de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

Este enfermo o sano y se esfuerza por obtener un estado de independencia necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para obtener una vida sana.

ENTORNO: Henderson no lo define explícitamente, implica la relación que uno comparte con su familia. También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces para funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

¹ /KOZIER, BB.G. Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería. 2ª. Ed. Interamericana McGraw-Hill. México 1995, p.48.

El entorno puede afectar a la salud; los factores personales (edad, cultura, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

SALUD: Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las necesidades básicas. Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano, que requiere fuerza y voluntad.

ENFERMERIA: Henderson la define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a su salud o muerte tranquila; o para que la persona adquiera suficiente fuerza y voluntad para llevar a cabo actividades sin ayuda.

La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación en actividades que realizaría por sí misma si tuviera la fuerza necesaria. Todo aquello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible².

Así la práctica de la profesión depende de bases sólidas de conocimiento y experiencia clínica que se brinda en una forma integral y cuidadosa constituyéndose así, en el aspecto más significativo en la evolución del cuidado y atención de la disciplina de enfermería.

Debe destacarse que el proceso de la enfermería radica entre otros aspectos en que de los hallazgos de la investigación se han podido construir teorías y modelos que permiten la realización de la gran función de una enfermera, que se preocupa por el cuidado y ayuda del individuo, enfermo o sano, brindando actividades que contribuyan a su salud y recuperación.

Un modelo es un patrón de algo que hay que hacer, un esbozo abstracto o un bosquejo arquitectónico de un artículo auténtico, o una aproximación o simplificación de la realidad. Un modelo también puede mostrar las características de una disciplina. Los modelos de enfermería sólo incluyen aquellos conceptos que el creador del modelo considera pertinentes y que ayudan a que los demás lo entiendan.

Una teoría esta hecha de conceptos y proposiciones; una teoría explica los fenómenos con mucha mayor especificidad. El propósito principal de una teoría, es generar conocimientos en un campo. Una teoría contiene conceptos con definiciones y explicaciones detalladas de las premisas o hipótesis que las unen³. Promoviendo así, una estructura para el que hacer de enfermería y como hacerlo tanto en el área del conocimiento como en la práctica.

Y con la intención de reconocer los aportes de las teorías para la aplicación en la práctica se tomara como base el modelo de V. Henderson en el proceso del cuidado del lactante mayor sano.

³ /KOZIER, B.G. Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. 2ª. ed. Interamericana Mc Graw - Hill México 1995, p.47.

Henderson es una más de las investigadoras que considera su obra una filosofía de la enfermería. Considera al paciente como un individuo que necesita ayuda para conseguir su independencia. Hace hincapié en el arte de enfermería e identifica 14 necesidades.

Sus contribuciones incluyen el diseño de las funciones autónomas de enfermería, el señalamiento de los principales objetivos de la interdependencia del paciente y la creación de su concepto de independencia⁴.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma: asistir al individuo sano o enfermo en la realización de sus actividades y ayudarlo a recuperar su estado de salud y equilibrio.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo de componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de eliminación.
- Necesidad de moverse y mantener una buena posición.
- 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 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

Estas necesidades son comunes a todos los individuos si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y la capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

El estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad ~~si no solamente de una parte de la realidad de la persona,~~ siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

No obstante, debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de obtención de datos de la etapa de valoración del proceso de atención.

En este caso, es imprescindible el análisis de dichos datos, ha partir de la interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios denominados por Henderson de independencia y dependencia⁵.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tiene determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continúa, con el fin de mantener en estado óptimo de la propia salud.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento", o " falta de voluntad".

INDEPENDENCIA: es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación. Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

⁵ /FERNÁNDEZ, F.C. Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Masson-Salvat 1995, p. 4-5.

Para alcanzar un equilibrio fisiológico y psicológico el cliente debe alcanzar un nivel de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que él mismo realiza (o que otros hacen por él de forma normal según su fase de crecimiento y de desarrolló, por ejemplo el niño), es independiente⁶.

DEPENDENCIA: puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realice actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Si por una causa de otras dificultades, el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar el nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente.

Esta dependencia se manifiesta por el niño cuando no puede mantener el grado de autonomía que habitualmente corresponde a su nivel de crecimiento y desarrollo ⁷.

⁶/PHANEUF,M.El Proceso de Atención de Enfermería.Interamericana McGraw-Hill,1993p. 28.

⁷ /Ibidemp.29

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD: son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, "falta de fuerza", falta de voluntad", "falta de conocimiento".

3.2 PROCESO DE ENFERMERIA.-

El modelo de Henderson, como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención como a continuación se describe:

1.- En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía, en la obtención de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La identificación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las etapas de planificación y ejecución sirva para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención más adecuada a la situación y en la determinación

de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3.- Finalmente, en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda los criterios que nos identificaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir la independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible.

Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos⁸.

La obtención del conocimiento es proceso que dura toda la vida para la enfermera actual. Que descubre y aplica nueva tecnología a una gran velocidad, los cambios y el progreso son inevitables. Una de las herramientas más importante para la base del conocimiento es el proceso de enfermería, que proporciona en una forma sistemática procesar y analizar datos.

El uso del proceso de enfermería en el ejercicio clínico obtuvo legitimidad en 1973 cuando la American Nurses' Association (ANA) publicó estándares del ejercicio de la enfermería, que describe los cinco pasos del proceso de enfermería: valorar, diagnosticar, planificar, actuar y evaluar.

Al desarrollarse el proceso de enfermería tanto teórica como clínicamente, el término diagnóstico de enfermería alcanzó un considerable reconocimiento en la literatura de enfermería. El concepto de diagnóstico de enfermería, al evolucionar en los años 50 y 60, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente. El término no fue fácilmente aceptado, aunque muchos autores de enfermería consideran al diagnóstico de enfermería básico en la enfermería profesional.

En 1980, la ANA declaró que la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas o problemas de salud reales o potenciales. Claramente la ANA vio el diagnóstico como una función de enfermería aun cuando no fuera inusual para algunas personas el creer que el diagnóstico fuera prerrogativa del médico.

En 1982, el National Council of State of Nursing definió y describió el proceso de enfermería en cinco pasos en términos de conductas de enfermería, valorar, analizar, planificar, ejecutar y evaluar⁹. Reconociéndose así como la descripción sistemática de la enfermería.

⁹ /KOZIER, B.G. Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería, 2ª ed., Interamericana McGraw-Hill, México 1995, p. 100-102.

El proceso de atención de enfermería consiste en pensar como enfermera es cimiento, la capacidad que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión; con los años dicho proceso ha cambiado y evolucionado y por ende, adquirido mayor claridad y comprensión¹⁰.

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la disciplina mediante una serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, para el bienestar del individuo, proporciona acciones que puedan cubrir las necesidades individuales detectadas del paciente, manteniendo una interacción entre la persona y el profesional de enfermería.

El proceso de enfermería tiene varias propiedades: es intencionado, es sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene bases teóricas. Es sistemático, por que consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito, es dinámico porque esta sometido a continuos cambios.

El proceso es interactivo porque se basa en las relaciones que se establecen entre el profesional de enfermería, la persona, su familia y otros profesionales sanitarios, es flexible porque se adopta, a la práctica de enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades además de que sus bases se pueden utilizar con mayor frecuencia, de forma consecutiva.

¹⁰ /MORRAY-ATKINSON. Proceso de atención de Enfermería. 5ª. ed. Interamericana McGraw-hill, México 1996, p.1.

Y finalmente el proceso tiene bases teóricas, porque este parte de una amplia gama de conocimientos de disciplinas¹¹. Como la sociología y psicología y conocimientos acerca de esquemas culturales, religiosos y costumbres que permiten el aumento de la comprensión que requiere una atención sanitaria.

Ya que se enfoca a los diversos cambios que el paciente tenga como respuesta, mediante la interacción y actuación de la enfermera al desarrollar sus acciones que favorezcan una atención individualizada, que le permitan evaluar su eficacia contando con la propiedad de realizar cambios que aseguren que el paciente adquiera su independencia.

IV.- APLICACIÓN DEL PAE.

Para llevar acabo este, proceso de cuidado, se contó, con la guía de una asesora, así como la consulta de material bibliográfico y la aplicación de instrumentos para entrevista, valoración y diagnóstico de enfermería. Este proceso esta basado en la aplicación del modelo V.Henderson en las fases del proceso de cuidado de un lactante mayor sano.

Se realizo la elección y presentación del caso aplicando el instrumento de valoración (ver anexo 1) para obtener los datos necesarios y organizar la información necesaria del paciente. Al obtener la información necesaria y certera del paciente se detectaron las necesidades que se manifiestan en la persona y su entorno mediante la aplicación de un formato de valoraciones focalizadas.(ver anexo 2) Dichas valoraciones fueron 11 cumpliendo así 22 horas de valoración y contacto con el paciente.

Con base a lo anterior, se jerarquizaron las necesidades ya detectadas y se formularon diagnósticos de enfermería, con el formato PES que permitieron llevar a la planeación de los cuidados de enfermería sustentados con bases teoricas, la priorización de necesidades y cuidados fundamentados que permitieron obtener una evaluación del logro de los objetivos, respuesta y estabilidad de un lactante.

En este trabajo se aborda el proceso de enfermería como la base para la práctica para la identificación y solución de problemas, a través de la cinco etapas del método enfermero:

Valoración, es la fase en la que se reúne los datos, tanto subjetivos como objetivos, diagnóstico es la segunda etapa que describe el problema de salud específico ya sea real o potencial su etiología y los signos y síntomas relacionados; planeación establece e identifica las intervenciones que ayudarán a que el paciente logre su independencia; ejecución es la cuarta fase del proceso esta lleva a cabo el plan de atención y las intervenciones de enfermería específicas y finalmente la evaluación última fase del proceso confirma el resultado esperado, el progreso, o la falta de resultados o metas.

Juntas permitan lograr el propósito deseado en el cuidado de la salud del lactante mayor sano, con un enfoque integral en los cuidados y atención respectiva para esta etapa de crecimiento y desarrollo y el mantenimiento de la salud como meta principal.

Una vez integrado el modelo de Virginia Henderson al proceso de enfermería, se realizó una aplicación del PAE en la que se menciona los pasos que permitieron: presentar el caso en estudio, conocer la etapa de crecimiento y desarrollo en la que se encuentra el paciente, identificar las necesidades que llevan directamente al establecimiento de los diagnósticos y así poner en marcha el plan de intervenciones de enfermería. Por último se tratan las conclusiones y sugerencias.

4.1 PRESENTACION DEL CASO.

Se trata de un, lactante mayor, femenino de 9/12 2/30 de edad, es el tercer producto de gestación de su madre, el cual fue extraído por parto eutócico, con un peso al nacer de 4.200kg, una talla de 53cm y un Apgar de 8/9, actualmente pesa 9.000kg. y tiene una talla de 75cm. El embarazo y parto de la madre fue controlado y atendido en unidad hospitalaria, sin problema alguno.

En el entorno físico; su familia esta integrada por cuatro integrantes, sus padres unidos por el matrimonio y dos hermanos de 13 y 10 años, todos sanos aparentemente. Hábita en un medio comunitario urbano, en casa propia de concreto, con buena ventilación e iluminación natural y artificial la cual cuenta con todos los servicios interdomiciliarios.

Ambos padres son comerciantes establecidos, con una escolaridad de bachillerato, sus hermanos son estudiantes, su grupo familiar pertenece a un nivel socioeconómico medio, con una buena relación intrafamiliar, creyentes todos de la religión católica.

Es una hija deseada y planeada. Hasta la fecha cumple con su esquema de inmunizaciones, (BCG, Sabin con todos los refuerzos, Pentavalente, DPT) ha respondido a estímulos de acuerdo a su crecimiento, desarrollo y edad.

Su alimentación consiste en papillas de verdura y frutas y alimentos picados, mostrando un apetito bueno sin restricción de alimentos de acuerdo a su edad, todos estos preparados en casa, mostrando preferencia por las frutas como lo es la manzana, pera, durazno, y agua natural. No presenta datos de estreñimiento ni incontinencia.

Durante el día presenta tres periodos de siesta con una duración aproximadamente de 2hrs cada una. Su sueño es profundo y la hora de acostarse habitualmente es a las 20hrs y despierta a las 7hrs. Su higiene personal es baño y cambio de ropa diario.

Realiza movimientos corporales de acuerdo a su edad y etapa de crecimiento y desarrollo como lo son: camina con ayuda, manipula objetos con ambas manos, controla completo el tronco, dice bisílabos y brinda sonrisas dirigidas, soporta su peso sobre una mano, golpea objetos sobre la mesa, se aproxima a los objetos con una mano en lugar de las dos como lo hacía en un principio, se come un pan o galletas ella sola, reacciona al escuchar su nombre, trata de establecer contacto con otras personas por medio de la tos y otros tipos de ruido.

A la exploración física; en forma cefalocaudal, se observa su cabeza simétrica, por su forma normacefalea con cabello bien implantado, sedoso y brillante, se palpan fontanelas anterior y posterior suaves y planas, sus ojos se encuentran simétricos con conjuntivas isocóricas y brillantes, con buena respuesta a la luz, la distribución e implantación de las cejas es normal, sus oídos se observan a la inspección limpios y sin la presencia de cerumen el timpano se aprecia normal, su nariz esta centrada sin deformaciones y mucosas nasales hidratadas sin obstrucción.

Sus labios están de color rosado con mucosas orales hidratadas, sus amígdalas se observan de buen tamaño y color, hay la presencia de dos piezas dentales (incisivos centrales inferiores) en buenas condiciones, su lengua se encuentra de color rosada y limpia; el cuello es corto sin adenomegalias y a la palpación están presentes pulsos carotídeos.

Torax, es simétrico, se palpan arcos costales y esternon sin deformidad ni hundimientos, a la auscultación no se escuchan ruidos anormales, los ruidos cardiacos son de buena intensidad y ritmo.

Abdomen; con PA de 43cm cicatriz umbilical limpia, los ruidos intestinales están presentes, a la auscultación se encuentra abdomen blando depresible sin puntos de molestia ni viseromegalia.

Sus genitales se encuentran en buen estado, genotípicamente de acuerdo al sexo con buena coloración los labios mayores cubren en su totalidad a los menores no presentan inflamación, salida de exudado hipersensibilidad ni infección.

Sus extremidades inferiores, su cadera es corta sin deformaciones ni anomalías sus miembros inferiores son simétricos de acuerdo a su cuerpo y sin deformaciones ni edematización y su llenado capilar es normal.

Su estado de salud es aparentemente sano.

4.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE UN LACTANTE MAYOR SANO.-

El desarrollo es el conjunto de cambios y formaciones que se efectúan en los seres vivos desde el inicio de su existencia. Es un proceso que asegura la evaluación progresiva hacia el perfeccionamiento y maduración funcionales de los órganos, aparatos y sistemas del organismo y de cada uno de los tejidos.

El crecimiento es el proceso que da por resultado un aumento continuo, hasta determinado límite, de la masa corporal. Al mismo tiempo que se observa el incremento en peso, se presenta también en longitud y diámetros de los diferentes segmentos corporales

Crecimiento y desarrollo no son situaciones estáticas, sino procesos dinámicos que llevan implícito el concepto de cambio y movimiento, por lo tanto, se debe valorar aspectos de energía, dirección, velocidad, aceleración. Ritmo, para poder apreciar sus etapas y factores a los que están sujetos y los métodos para su evaluación¹².

Se ha considerado que la dirección que llevan el crecimiento y desarrollo va de cabeza a pies, la velocidad de crecimiento se mide por el número de gramos y centímetros ganados en la unidad de tiempo. Todo este proceso se lleva a cabo en una forma ordenada y con cierto ritmo: normalmente, durante los 4 primeros meses de vida, el peso corporal aumenta con un ritmo de 750 gr.

¹² /VALENZUELA, H.R. Manual de Pediatría Valenzuela. Interamericana McGraw-HILL, México 1993, p.35-36.

Por mes; el segundo cuatrimestre el ritmo es de 500 gr por mes; a partir del octavo y hasta el mes 24, el ritmo es de 250 gr por mes. Tanto el peso como talla hay que tomar en cuenta raza, sexo, características genéticas, etc¹³.

Antropometría infantil

PESO Y TALLA

Edad	Niños			Talla normal (cm)	Niñas			Talla normal (cm)
	Valores normales de peso(g)				Valores normales de peso(g)			
	inf.	Medio	sup.		inf.	Medio	sup.	
Al nacer	2900	3250	3600	50.0	2750	3100	3450	49.5
1 mes	3935	4390	4845	54.3	3690	4070	4450	53.2
2 meses	4710	5240	5770	57.9	4400	4850	5295	56.7
3mes	5475	6075	6675	61.1	5110	5615	6120	59.7
4meses	6080	6725	7370	63.6	5675	6225	6775	62.1
5meses	6800	7285	7970	65.9	6265	6880	7455	64.4
6 meses	7080	7800	8520	67.9	6765	7490	8035	66.3
7 meses	7500	8235	8970	69.3	7150	7820	8490	67.9
8 meses	7935	8690	9445	70.8	7570	8275	8980	69.5
9 meses	8300	9070	9840	72.0	7950	8680	9410	70.9
10 meses	8640	9430	10220	73.3	8275	9025	9775	72.1
11meses	8950	9760	10570	74.5	8585	9350	10115	73.4
1 año	9255	10080	10905	75.6	8886	9630	10475	74.6

Fuente: Ramos Galván, Somatometría médica. Archivo Investigación Médica. vol6, supl. 1.

Uno de los principales logros más característicos de este período es la formación de los vínculos afectivos o apego. Este fenómeno, hoy se sabe, no depende de aspectos relacionados con la succión ni con la alimentación, como se pensaba cuando se dio el nombre de la etapa oral a esta edad.

Lo habitual es que el neonato forme el vínculo más intenso con su madre pero los aspectos pueden ser múltiples e incluir al padre, a los abuelos y a otros miembros de la familia. El miedo a los extraños es muy evidente a las 32 semanas de edad, y la ansiedad de separación que ocurre entre los 10 y los 16 meses se relaciona con este miedo, pero no es idéntico a él.

Cuando el niño se separa de la persona con quien se encuentra vinculado se precipita la angustia de separación, y es posible que se presente ansiedad ante extraños aunque el pequeño se encuentre en los brazos de la madre según Erikson, al terminar su primer año de vida el niño experimente su sentimiento de confianza básica si ha recibido de sus padres o tutores un trato afectuoso y consistente.

Pero si por lo contrario, durante sus primeros dos años sufre de separaciones prolongadas de sus seres queridos, el niño puede llegar a presentar depresión "hospitalismo" y actitud depresiva, lo cual solo perdura por el resto de su existencia y ulteriormente obstaculiza la formación de nuevos lazos afectivos con otras personas.

En el área biológica, de manera normal durante el primer año se consolida los ritmos alimentarios y del sueño, y va aumentando la coordinación ojo-mano la apresión y el control postural. En el área de la cognición se observa progresión desde la conducta con base en reflejos hasta la interacción recíproca con el medio; surge así la sonrisa social y los rudimentos del lenguaje.

Las habilidades motrices aumentan poco a poco, de manera que a los 12 meses es común que el niño comience a caminar, también resulta notable el desarrollo del lenguaje, que se manifiesta con la comprensión de lo que se le dice al pequeño, aunque las primeras palabras significativas las pronuncie un poco más tarde¹⁴.

Por lo general en lactantes sanos y con suficiente aporte lácteo la ablactación se inicia sin problemas cuando el niño tiene la capacidad de manejar alimentos semisólidos en la boca lo cual acontece desde los dos a tres meses y paralelamente cuando el bebé ya sostiene bien erecta la cabeza al estar sentado.

Es muy importante dar adecuada orientación higiénica y nutricional cuando se inicia la ablactación, ya que al mismo tiempo ésta representa un riesgo y puede ser causa de infecciones gastrointestinales, que de acontecer propician desnutrición por deficiente aprovechamiento de los alimentos si hay diarrea o vómitos, o por inducir restricciones dietarias que reducen el aporte energético.

La ablactación debe iniciarse al cuarto mes de edad o antes si hay deficiente progreso ponderal. Al principio se ofrecen purés de manzana y plátano. Los primeros días se dan probaditas con un cucharadita de cada uno de ellos y si hay aceptación y tolerancia se aumentan hasta llegar a dar cinco a seis cucharaditas, antes de las tetadas o biberones.

Generalmente a los seis meses, ya toman fruta dos veces al día. Los cereales se pueden iniciar poco después de las frutas, utilizando de preferencia arroz, tortilla o cereal de maíz. Los cereales de trigo (sopas de pasta) o los de avena o centeno es preferible no proporcionarlos antes de los seis meses por la frecuencia con que se observa intolerancia al gluten.

Las papillas o purés de vegetales y verduras cocidas se inician desde el cuarto o quinto mes de edad. Casi siempre se recomienda que se principie con una sola variedad y lo introducir otras con cuidado, de una en una y cuando se asegure su buena tolerancia, se alternan o se dan combinadas.

Por lo general, a los seis meses de edad se les puede mezclar con un poco de pollo o jamón molido, ambos cocidos, las cantidades se incrementan progresivamente hasta llegar a 120 o 150 g por día. Al iniciar los ocho meses de edad, es conveniente además proporcionar alimentos picados o en pequeños trocitos, ya que de no hacerse, ulteriormente son menos bien aceptados por el niño¹⁵.

¹⁵ Ibidem 143.

Para el séptimo u octavo mes, el niño sano normal, está condiciones de saborear, aunque no masticar, pequeños fragmentos de pan o galleta dura que le causa satisfacción y por los que tiene especial inclinación. Las migajas reblandecidas por la saliva, para entonces ya abundante, se degluten y digieren bien.

Para el décimo mes estos alimentos que antes se intercalaban entre las tetadas o los biberones o se adicionaban a estos, forman por sí solos una comida. Al llegar a los 12 meses de edad, fácil para la madre y el niño ampliar los tipos de alimentos,

Además de los ya mencionados, se puede agregar pequeñas porciones de mantequilla pasteurizada, o de aceite de oliva, ajonjolí; carne molida o pequeños fragmentos de jamón. Esta alimentación se prolonga hasta los 14 o 15 meses de edad¹⁶.

De todos los factores que incluyen en el desarrollo integral del niño, la inteligencia parece ser el más importante. Una inteligencia superior esta asociada con un desarrollo superior, mientras que una inteligencia inferior se asocia con un retraso en el desarrollo.

La inteligencia, definida como la capacidad para resolver problemas o alcanzar una meta, afectará a la observación, el pensamiento y la comprensión del niño.

¹⁶ Ibidem 145.

Influye fuertemente el nivel de dificultad al que el niño puede funcionar eficientemente y a todo el ámbito de sus actividades. Al nacer, los centros de actividad intelectual superior en el cerebro no están plenamente desarrollados y, además la agudeza sensorial necesaria para estas funciones intelectuales superiores es igualmente inmadura.

Las nuevas experiencias amplían al mundo mental del individuo y son interpretadas a la luz de un aprendizaje previo. Empezando a temprana edad, los niños muestran la capacidad de imaginar y dedicarse a actividades imaginarias, que les ayudan a su exploración del mundo real, a organizar experiencias y a resolver problemas.

Por medio de estas cosas imaginarias los niños pueden participar en una más amplia gama de experiencias y vencer parcialmente sus propias limitaciones.

Dichas fantasías son una parte necesaria y normal de su aprendizaje. Al continuar su desarrollo, la capacidad para concentrarse se desarrolla. Los períodos de atención de los niños pueden ser más largos durante las actividades que han seleccionado o que cuando menos se relacionan con sus propios deseos.

Todo bebé posee el impulso de expresarse en alguna forma. La reacción que acompaña, ya sea a la satisfacción o a la frustración de una necesidad básica se puede denominar emoción. Si se satisface las necesidades de un pequeño, estará feliz, contento, alegre o cariñoso.

Las emociones aparecen temprano en la vida y aun durante los primeros días de vida las necesidades de cada bebé de satisfacer sus demandas físicas va acompañada de una respuesta emocional. Este comportamiento incluye la individualidad propia del niño¹⁷.

El primer grupo social para un niño es la familia, un grupo que desempeña un importante papel en el establecimiento de las actitudes y hábitos. La mayor fuente de desarrollo de la personalidad para el niño reside en la madurez y armonía de los padres. El hogar es el lugar en donde el niño aprende inclusive desde la más tierna edad, cómo son las gentes y la vida.

El despertar del comportamiento social se manifiesta cuando el niño adquiere la conciencia de lo que lo rodea y puede distinguir entre las personas y los objetos. Si un bebé es manejado con ternura y cariño, su respuesta natural será de felicidad manifestada por balbuceos, sonrisas o descanso tranquilo.

Así pues, ciertas formas de comportamiento social se empiezan a desarrollar cuando los niños responden a los que están en contacto con ellos. Temprano en la lactancia los niños aprenden a imitar, a los niños y a otros bebés alrededor de ellos para convertirse en parte de la familia o grupo social.

Aproximadamente a las 6 semanas de edad el bebé imita primero las expresiones faciales, tales como la sonrisa y muecas. Los gestos y movimientos como el de mover la mano para decir "adiós", sacudir la cabeza o arrojar un beso, se desarrollan a los 6 meses. Los niños sonrientes y felices son una buena indicación de que su desarrollo social está progresando¹⁸.

El desarrollo psicomotor en los niños se logra por medio de experiencias y estímulos del medio ambiente que lo ubican, primero, en la percepción de sí mismo y ulteriormente en su interacción con el espacio que lo rodea. Para conseguir este desarrollo es necesario lograr primero la sensación del movimiento, al inicio en forma involuntaria y después de modo dirigido; esto, para lograr una actitud o actividad específica.

Para ello se requiere la maduración del sistema nervioso central por medio del control de centros superiores sobre centros inferiores, con lo que se logra una actividad especializada en cada área.

Esta maduración se lleva a cabo a través de procesos de aprendizaje por medio de la sensación del movimiento activo, lo cual favorece estímulos del ambiente tanto conscientes como inconscientes.

La primera sensación que se percibe es la posición de los segmentos corporales; después, la posibilidad de moverlos voluntariamente; tras esto se sigue la integración de los hemicuerpos, y por último la capacidad de actividad de cada parte del cuerpo.

¹⁸ Ibidem 397.

El niño solo puede utilizar lo que conoce, que es lo que ha experimentado, por ello es importante la calidad y cantidad de los estímulos que reciba. Para poder entender y lograr una mejor evaluación del desarrollo psicomotor se describe la evolución de éste en el espacio, lo que permite lograr una independencia motora.

El recién nacido percibe el espacio en un solo plano, y requiere incluso un ángulo de 45 grados para fijar la mirada, a los cuatro meses, el niño logra percibir el medio a distancia pero en el mismo plano al tener control de ojo, mano y boca a los cinco meses, el niño percibe un espacio mayor con distancia hacia los lados, y tiene la posibilidad de desplazarse con rodamientos.

A los ocho meses, inicia la percepción de la tercera dimensión en el plano hacia delante mediante la sedentación al manipular objetos sin apoyo, a los 10 meses, al arrastrarse observa otro elemento de la tercera dimensión: el plano horizontal debajo de él pero aún cerca de su cuerpo, a los 12 meses, con el gateo logra completa la percepción de la tercera dimensión, con lo cual favorece el desarrollo de su posición en el espacio y la relación figura-fondo necesaria para adquirir posteriormente la lectoescritura¹⁹.

4.3 VALORACION DE LAS NECESIDADES.-

El presente proceso se llevo a cabo mediante una historia clínica que incluye las siguientes apartados:

- **HISTORIA DE ENFERMERIA**
- * **Familia, niño, comportamiento del niño, comportamiento alimentario, evacuación, sueño, higiene personal, comportamiento y actividades, discapacidades, comunicación y socialización, historia natal, antecedentes de salud, enfermedad actual y respuesta de los padres y del niño la enfermedad. (ver anexo 1)**

Posterior a la integración de los datos se realizó un análisis de la información para después jerarquizar las necesidades como a continuación se menciona:

- **Necesidad de alimentarse e hidratarse**
- **Necesidad de movimiento**
- **Necesidad de descanso y sueño**
- **Necesidad de mantener la temperatura corporal en los límites normales**
- **Necesidad de higiene y protección de la piel**
- **Necesidad de evitar peligros y mantener la integridad física**
- **Necesidad de comunicación**
- **Necesidad de recrearse**
- **Necesidad de aprender**

Además de recabar la información a través del instrumento de interrogación (historia clínica) se realizaron seguimientos a través de visitas domiciliarias recabando datos en un formato que confirma la valoración focalizada. (ver anexo 2)

4.4 ESTABLECIMIENTO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.-

Se realizaron 12 diagnósticos de enfermería mediante el formato PES de los cuales 4 son diagnósticos reales, 3 son de riesgo y 5 de salud; de acuerdo con los criterios de Phaneuf del continuum dependencia-independencia, la pequeña es capaz de responder por si sola a sus necesidades físicas de manera aceptable que permite el mantenimiento del equilibrio y estado satisfactorio de salud por lo tanto este caso se encuentra en el primer nivel del continuum dependencia-independencia. A continuación se enlistan los diagnósticos:

- Alteración de la alimentación, relacionada con la disminución del apetito, manifestada por poco interés en ingerir los alimentos.
- Disminución de la hidratación relacionado con la baja ingesta de líquidos, después de consumir alimentos (semisecos), manifestado por mucosas orales semihidratadas e irritabilidad.

- **Riesgo en la alteración de la calidad del sueño relacionado con el tiempo limitado de horas de dormir manifestado por llanto e irritabilidad, e interrupciones por parte del hermano mayor.**
- **Alteración en el aumento de la temperatura corporal relacionado con la ingesta de alimentos en mal estado de conservación manifestado por la presencia de exantema en tórax y abdomen.**
- **Deterioro de la integridad de la piel relacionado con piquete de insectos (moscos), manifestado por edema y enrojecimiento de miembro izquierdo en la cara lateral y mejillas.**
- **Limpieza e higiene personal total relacionado con la motivación por parte de la madre y gusto por la pequeña por el baño, manifestado por la expresión de sentimientos positivos de la visión de su aspecto e imagen.**
- **Buen estado de limpieza en cavidad bucal relacionado con el aseo diario de piezas dentales (dos incisivos centrales inferiores y uno central superior), manifestado por el cuidado dental para esta dentición.**

- Tendencia a los accidentes relacionado con la curiosidad, impulsos e incapacidad por la naturaleza manifestado por la etapa de crecimiento y desarrollo como tocar, sentir e investigar.
- Aumento de la comunicación, verbal relacionado con la socialización y vocalización en respuestas de otras personas manifestado por sonrisas inesperadas fuertes y edad en desarrollo.
- Participación adecuada en actividades recreativas y de estimulación relacionado con su entorno agradable y confortable con los miembros de su familia y amigos manifestado por buena respuesta en su desarrollo de acuerdo a su edad.
- Respuesta normal a los estímulos que favorecen su aprendizaje y comportamiento relacionado con la vinculación e interpretación intrafamiliar apropiada manifestado por expresiones diferentes cada día aprendidas por la niña.

4.5 DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO: Alteración de la alimentación relacionada con la disminución del apetito manifestada por el poco interés en ingerir los alimentos.

OBJETIVO: Establecer una dieta adecuada a la edad del paciente para aumentar la ingesta, apetito y satisfacer sus necesidades nutricionales.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Orientar a la madre acerca de los alimentos que puede introducir a la dieta de la pequeña, como lo son frutas, verduras y carne picada, galletas, cereales jamón en trocitos.
- Brindar los alimentos en platos y tazas de plástico, ligeros y llamativos, que la pequeña pueda fácilmente manipularlos y jugar con ellos sin romperlos.
- Ofrecer jugos de frutas siempre diluidos. Especialmente los jugos de cítricos como naranja, guayaba, mandarina, etc. Ejemplo: 125 ml de jugo de naranja mas 125 ml de agua hervida.

- Introducir los alimentos cuando la niña tenga hambre.
- No introducir alimentos mezclados. Ejemplo: fruta combinada con verduras.
- Permitirle a la niña comer por si sola, ya que considera los alimentos un juego y forma parte de su aprendizaje y descubrimiento de sensaciones.

RESULTADO ESPERADO: La niña muestra aumento de peso y del apetito.

FUNDAMENTO.-

Los hábitos alimentarios se ven influidos por las preferencias personales, factores económicos, patrones de alimentación y conocimientos sobre nutrición que tenga la madre.

El cuerpo necesita un nivel mínimo de nutrientes para mantener el equilibrio.

El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministra y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de salud²⁰.

DIAGNOSTICO: Disminución de la hidratación relacionada con la baja ingesta de líquidos, después de consumir alimentos (semi secos) manifestada por ansiedad, irritabilidad y sed.

OBJETIVO: Favorecer la hidratación durante el tiempo necesario para la ingesta de alimentos.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Ofrecer alimentos líquidos.
- Utilizar el juego en la hora de la comida para proveer la ingesta de líquidos.
 - Preparar jugos de la fruta favorita de la niña en vasos llamativos o graciosos. Siempre preparados a la mitad.

RESULTADO ESPERADO:

Se logro que la pequeña ingiera cantidades suficientes de líquidos durante o entre la comida.

FUNDAMENTO:

Normalmente hay ingresos de agua cuando se ingieren líquidos o alimentos (muchos de los cuales contienen grandes cantidades de agua. Los pequeños necesitan un ingreso diario de 150 ml de agua por kilogramo de peso.

La sed indica generalmente la necesidad de aumentar la ingestión de agua²¹.

DIAGNOSTICO: Dificultad para realizar sus movimientos en forma independiente relacionada con la incapacidad para deambular manifestada por cambios en la marcha, con dificultad para iniciar el paso por su desarrollo continuo.

OBJETIVO: Favorecer sus movimientos de la niña mediante el apoyo emocional y la estimulación de su desarrollo motor.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Brindar todo el tiempo necesario para jugar con la pequeña.
- Utilizar palabras de aliento y emocionales cuando alcance un logro en sus movimientos.
- Fomentar el uso de juguetes de movimiento y juguetes llamados móviles como lo son: caballos mecedores, carretillas, andaderas, siempre con las medidas de seguridad necesarias. Para aumentar la marcha y paso de la niña.
- Alentar a todos los integrantes de la familia, a mantenerse cerca de la niña, ya que le gusta sentirse libre para arrastrarse y caminar; con el fin de que perciba los vínculos afectivos y para que se eviten riesgos como caídas.

RESULTADO ESPERADO:

Sus movimientos van en aumento día con día según sus capacidades psicomotoras.

FUNDAMENTO:

El cambio de posición de cualquier parte del cuerpo depende de una serie de impulsos nerviosos mediados por nervios eferentes que producen contracciones lisas coordinadas de los músculos agonistas y relajación de los músculos antagonistas implicados.

La mayor parte de los movimientos musculares necesarios para la postura y la locomoción puede efectuarse a nivel de la medula espinal de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo²²

DIAGNOSTICO: Riesgo en la alteración de la calidad del sueño relacionado con el tiempo limitado de horas de dormir manifestado por el llanto e irritabilidad, e interrupciones por parte del hermano mayor.

OBJETIVO: Mejorar las condiciones, ambientales durante el tiempo en el que la pequeña duerme.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Ofrecer a la pequeña las horas que necesita, durante su periodo de sueño de acuerdo a los requerimientos de su edad, el niño duerme una o dos horas, una o dos veces al día, además de la mayor parte de las horas de la noche.
- Brindar enseñanza para la promoción del descanso y sueño de acuerdo a las necesidades de la niña durante su etapa de la vida y variaciones individuales adquiridas.
- Favorecer el sueño y descanso mediante la presencia de un ambiente carente de estímulos(luz, ruido, etc.)
- Proporcionar comodidad física(/ posición y temperatura ambiental)
- Implementar métodos que favorezcan el sueño individual de la pequeña, como lo es el juego, el baño, la música, etc.

RESULTADO ESPERADO: Estableció, sus periodos de sueño en cantidad y calidad, es decir ha dormido períodos regulares de una hora con treinta min.

FUNDAMENTO:

Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un tiempo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo²³.

Los lactantes generalmente necesitan dormir de 14 a 18 horas diarias²⁴.

²³ Ibidemp.303.

²⁴ WONG.W.Manual Clínico de Enfermería Pediátrica.ed.Masson Salvat ,p.171

DIAGNOSTICO: Alteración en el aumento de la temperatura corporal relacionada con la ingesta de alimentos en mal estado de conservación manifestado por la presencia de exantema en tórax y abdomen.

OBJETIVO: Disminuir la temperatura corporal.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Disminuir la temperatura ambiental.
- Aligerar la ropa.
- Exponer la piel al aire.
- Verificar que los alimentos se encuentren en buenas condiciones para prevenir infecciones o intoxicaciones, por medio de medidas de higiene, en la preparación e ingestión de estos, así como la conservación adecuada de los alimentos que requiere refrigeración.
- Cuidar la piel mediante la higiene personal, evitar el calor retirando el exceso de ropa.
- Controlar la fiebre por medios físicos (baños de agua tibia)

RESULTADO ESPERADO: La temperatura corporal permanece en límites, normales y desaparece el exantema.

FUNDAMENTO:

La temperatura corporal en estado normal permanece constante por acción del equilibrio entre la termogénesis y la termólisis, pero el desequilibrio de estos factores ocasionan estados febriles²⁵.

Una piel sana e intacta, previene la pérdida de agua y desempeña un papel importante en la regulación de la temperatura²⁶.

DIAGNOSTICO: Deterioro de la integridad de la piel relacionado con el piquete de insectos (moscos), manifestado por edema y enrojecimiento de mejillas y miembro inferior izquierdo en la cara lateral y mejillas.

OBJETIVO: Conservar una piel intacta e integra.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Mejorar las condiciones ambientales para favorecer la protección de la piel, contra piquetes de insectos.

^{25/} NORDMARK, M. T. Bases Científicas de la Enfermería. ed. El Manual Moderno. México 1993. p.357.

^{26/} ROSALES, B. S. Fundamentos de Enfermería. ed. El Manual Moderno. México 1991 p. 159.

- Comentar con la madre, suspender el uso de preparaciones, como jabones perfumados y soluciones, que puedan ocasionarle irritación.
- Ofrecer un mejor cuidado y precaución especial de la piel, mediante la higiene y limpieza, como lo es cortar con equipo adecuado las uñas, para evitar que la pequeña pueda rascarse y traumatizar.
- Mantener la ropa de la pequeña y la ropa de cama limpias y libre de insectos o microorganismos.
- Lubricar la piel lesionada para evitar fricción.
- Orientar a al familia para proteger las ventanas y puertas con tela de alambre tipo mosquitero, para eliminar la presencia de insectos dentro del hogar.

RESULTADO: Se logró mejorar las condiciones de la piel y reducir la presencia de insectos en su hogar.

FUNDAMENTO: La piel es el mayor órgano del cuerpo, cubre toda la superficie y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos y es impermeable a la mayor parte de los insectos y microorganismos²⁷.

DIAGNOSTICO: Limpieza e higiene personal total relacionado con la motivación por parte de la madre y gusto de la pequeña por el baño, manifestado por la expresión de sentimientos positivos de la visión de su aspecto e imagen.

OBJETIVO: Explicar a los padres la importancia de la higiene y limpieza, para favorecer en su desarrollo emocional y aumentar su autoestima.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Proporcionar la información requerida a los padres, en cuanto al baño de la pequeña, como es el uso de jabón neutro y agua tibia.
- Ofrecer a la pequeña la limpieza y aseo general, para que se sienta más cómoda y descansada.
- Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en la pequeña ya que estos le proporcionan alegría y una actitud positiva.

RESULTADO ESPERADO: La motivación aumenta y la pequeña disfruta de su aseo diario favoreciendo día con día su desarrollo emocional.

FUNDAMENTO: Las medidas higiénicas contribuyen a que el ser humano se sienta cómodo y descansado.

Un baño con agua tibia induce al descanso y sueño²⁸.

DIAGNOSTICO: Buen estado de limpieza en cavidad bucal relacionado con el aseo diario de piezas dentales(dos incisivos inferiores y uno central superior), manifestado por el cuidado dental para esta dentición.

OBJETIVO: Incrementar la importancia del cuidado dental, para favorecer el desarrollo adecuado de la dentición y una salud dental óptima.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Fomentar la enseñanza de los padres, la importancia de los cuidados dentales, para establecer buenas costumbres desde la infancia y así evitar caries prematuras.
- Proporcionar una alimentación equilibrada en los cuatro grupos básicos de alimentación, necesaria para el desarrollo de los dientes. Disminuir en forma gradual la ingesta de glucosa.

RESULTADO ESPERADO: La dentición ha tenido un buen desarrollo ya que apareció la erupción de incisivos superiores.

FUNDAMENTO: La higiene bucal es básica para la salud del ser humano.

El aseo adecuado elimina residuos de alimentos y estimula la circulación y nutrición de las encías²⁹.

El desarrollo de una dentición sana favorece en el lactante mayor comunicación verbal eficiente, ya que los dientes primarios sirven como estímulo para el crecimiento de las mandíbulas además ayudan al pronto desarrollo del habla.

DIAGNOSTICO: Tendencia a los accidentes relacionada con la curiosidad, impulsos e incapacidad manifestada por etapa de crecimiento y desarrollo como tocar, sentir e indagar.

OBJETIVO: Proporcionar orientación preventiva sobre el desarrollo de la niña y su posible relación con los accidentes, a sus padres y familiares.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.-

- Vigilar estrechamente a la pequeña ya que puede moverse rápidamente, girar y cambiar de posición, por lo que requiere y necesita protección absoluta.
- Proteger a la niña, de no introducirse a la boca juguetes, u otros objetos pequeños; es necesario atar o guardar todas las bolsas de plástico o desecharlas para evitar peligro de ahogamiento.
- Hay que dejar fuera de su alcance objetos cortantes, como tijeras o cortaúñas.
- Es necesario cerrar con llave cajones de gabinetes que tengan cualquier cosa peligrosa, que pueda ocasionarle un daño a la pequeña.

- Vigilar muy de cerca de la si juega con pelota, ya que la aspiración del caucho de las pelotas, puede acarrear problemas.

RESULTADO ESPERADO: Los padres han aumentado la responsabilidad sobre la seguridad de la niña.

FUNDAMENTO: La etapa de desarrollo del niño influye en el tipo de accidentes que tal vez sufra.

Los niños en esta etapa de crecimiento y desarrollo son curiosos, impulsivos e incapaces por naturaleza³⁰.

DIAGNOSTICO: Aumento de la comunicación verbal relacionado con la socialización y vocalización en respuesta de otras personas manifestado por sonrisas inesperadas fuertes para su edad.

OBJETIVO: Favorecer e incrementar la comunicación en un ambiente positivo que beneficie el aspecto social y emocional de la pequeña.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Planear formas de comunicación con la niña, como lo es hablarle con distintos grados de intensidad, repetir ruidos y palabras ala par con ella e imitar ruidos de animales.
- Los padres y familiares, de preferencia deberán hablarle a la altura de los ojos.
- Proporcionarle juguetes que emiten sonidos agradables, para estimular su conducta y favorecer la socialización y vocalización de nuevos sonidos.

RESULTADO ESPERADO: Se sigue estimulando a la pequeña en cuanto el proceso de la comunicación.

FUNDAMENTO: Los patrones de la comunicación y del comportamiento se aprenden mediante el proceso de crecimiento y desarrollo. La respuesta hacia los sonidos vocales aparecen dentro de los primeros meses de vida; la emisión de palabras generalmente comienza antes de que termine el primer año de vida .Generalmente un niño es capaz de entender el lenguaje y de emitir palabras inteligibles entre el primer y el segundo años de vida³¹ .

³¹ /NORDMARK,M.T. Bases Científicas de la Enfermería. Ed. El Manual Moderno ,p.479.

DIAGNOSTICO: Participación adecuada en actividades y de estimulación relacionado con su entorno agradable y confortable con los miembros de su familia y amigos manifestado por buena respuesta en su desarrollo de acuerdo a su edad.

OBJETIVO: Incrementar la comprensión por parte de los padres, en sus procesos emocionales, sus relaciones sociales y de bienestar, en un ambiente familiar interactivo.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Promover en el ambiente familiar, situaciones o eventos que aumenten la participación de la niña, como juegos y actividades de acuerdo a sus capacidades físicas.
- Utilizar música infantil para estimular aspectos psicológicos, como lo es su inteligencia, su personalidad, estado de animo y creatividad.

RESULTADO ESPERADO: Las relaciones intrafamiliares han permitido aumentar el autoestima de la niña; ya que ella muestra mayor seguridad al realizar sus movimientos y sus relaciones sociales.

FUNDAMENTO: El niño que recibe afecto, satisfacción de necesidades, ternura, es muy probable que progrese hacia la madurez mas rápidamente, que sea social, y capaz de llevar a cabo acciones independientes y que tenga un sentido de sí mismo más desarrollado y más definido.

Las actitudes paternas de calor y abiertas es más probable que ayuden al niño a desarrollar una capacidad para relacionarse con las demás personas de una manera imaginable³²

DIAGNOSTICO: Respuesta normal a estímulos que favorecen su aprendizaje y comportamiento relacionada con la vinculación e interacción intrafamiliar, apropiada manifestada por expresiones diferentes cada día aprendidas por la niña.

OBJETIVO: Impulsar la relación hijo-padre para influir en el crecimiento y el desarrollo, sobre el aprendizaje y la solución problemas.

ACCIONES DE ENFERMERIA.-

- Motivar a la pequeña, ha aprender nuevos comportamientos para aumentar su desarrollo cognoscitivo, como realizar expresiones faciales, para que comience a imitar nuevas situaciones.
- Mostrarle libros, revistas, juguetes de colores llamativos o con dibujos.
- Enseñarle y nombrarle las cosas y objetos siempre por su nombre.

RESULTADO ESPERADO: La capacidad para identificar objetos, animales por su nombre y sonido sea perfeccionado día con día.

FUNDAMENTO: Los patrones de comportamiento se aprenden en el proceso de crecimiento y desarrollo y es reflejo de la maduración así como de los efectos acumulativos del aprendizaje a través de la experiencia³³.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Al finalizar este trabajo logre el cumplimiento de mis objetivos establecidos, a través del método de investigación documental aplicado a un lactante mayor femenino sano, detectando en un inicio las necesidades fundamentales; para de ahí partir a establecer diagnósticos que me permitieron el inicio del conocimiento de la aplicación del proceso del cuidado.

Además de la aplicación de los conceptos teóricos de Virginia Henderson y el continuum dependencia-independencia con lo que se demuestra que el paciente se encuentra en el primer grado del continuum y es considerada una persona independiente.

No existe un recetario para implementar las formas de trabajo con los pacientes y sus familias. Pero las teorías y la investigación proporcionan una guía y bases para comprender a los pacientes; en un contexto familiar, sin embargo las teorías y la investigación no describen lo que debe o no hacer la enfermera en una determinada situación.

Las decisiones y la actuación surgen de la interacción con la población; en la que la enfermera conoce las situaciones los conceptos y las costumbres de las familias a la luz de su propio juicio y conocimiento.

Una meta principal y prioritaria que se cumplió fue lograr ayudar al paciente y a cada miembro de su familia; a mantener una salud óptima, con la implementación de cuidados planeados para la etapa de crecimiento de la pequeña; y las medidas preventivas, de mantenimiento y modificación de sus hábitos en forma integral, contribuyendo a fomentar una educación para la salud en ese gran grupo.

Es de esta forma que afirmo que se cumplieron los objetivos al determinar los diagnósticos que surgieron del análisis de las necesidades y problemas detectados que dieron la pauta para ejecutar acciones de enfermería planeadas de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo de mi paciente; basándome en los conceptos revisados que permitieron obtener resultados positivos.

El éxito de este proceso de atención enfermería dependió del logro de todas y cada una de las tareas que se requirieron para cumplir mis metas, en ocasiones me fue posible alcanzarlo con facilidad; en otras ocasiones se debieron al retraso o al fracaso, pero siempre consiguiendo resultados positivos que se reflejaron con el bienestar de la menor.

Estos resultados me dejan una satisfacción propia inmensa de haber cumplido el propósito deseado por una enfermera que busca el reconocimiento de la gente como profesional y no como personal de oficio, esta satisfacción es haber obtenido la confianza y reconocimiento de ese gran grupo.

SUGERENCIAS.-

Además de formar la visión clara y verdadera de que enfermería a nivel profesional no solo es el gremio que no se encuentra a la altura de otros profesionales de la salud sino todo lo contrario forma parte de él y puede llegar a desenvolverse en forma independiente siempre con un propósito claro de llevar consigo el hecho de investigar y publicar y así lograr ser digno representante de esta profesión.

Por ello; los egresados de esta profesión no solo tienen que pensar en el ámbito laboral a nivel institución sino tener una visión de la aplicación de todos nuestros conocimientos teóricos y prácticos integrados a una meta; el ejercicio libre de la profesión.

Y ser consejeros y guías en el cuidado y control de la salud de los menores que son los adultos del mañana, con el inicio temprana edad del fomento al cuidado a los diversos problemas y situaciones que acechan al niño en su crecimiento y desarrollo.

Así pues con la implementación de acciones y programas, relativamente fáciles sin la necesidad de tecnología tan complicada, ni de grandes recursos económicos se puede llevar a cabo la detección de factores de riesgo que atacan a los niños, que mejorarían de manera muy importante la situación de salud que presenta la población infantil.

Comenzando con un gran grupo como lo es la familia brindándole orientación desde el nacimiento de sus pequeños para de esta manera ir en aumento mes con mes en el cuidado y control del niño sano para cubrir las necesidades y problemas que se llegaran a presentar.

VI. GLOSARIO.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impide a la persona satisfacer sus propias necesidades, falta de fuerza, falta de conocimiento, falta de voluntad.

CRECIMIENTO: Es el proceso que da por resultado un aumento hasta determinado límite de la masa corporal. Al mismo tiempo que se observa el incremento en peso, se presenta también en longitud y diámetros de los diferentes segmentos corporales.

DEPENDENCIA: Es la capacidad de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, incapacidad de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción.

Esta dependencia se manifiesta por el niño cuando no puede mantener el grado de autonomía que habitualmente corresponde a su nivel de crecimiento y desarrollo.

DESARROLLO: Es el conjunto de cambios y formaciones que se efectúan en los seres vivos desde el inicio de su existencia. Es un proceso que asegura la evaluación progresiva, hacia el perfeccionamiento y maduración funcionales de los órganos, aparatos y sistemas del organismo y de cada uno de los tejidos.

DIAGNOSTICO: Es la segunda etapa del proceso de enfermería que describe un problema de salud específico ya sea real o potencial su etiología y los signos y síntomas relacionados.

EJECUCIÓN: Es la cuarta fase del proceso de enfermería que lleva a cabo el plan de atención y las intervenciones específicas.

ENFERMERIA: Es la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a su salud o muerte tranquila, o para que la persona adquiera suficiente fuerza y voluntad para llevar a cabo actividades sin ayuda.

ENTORNO: Son los factores tanto personales como físicos que pueden afectar a la salud de la persona.

EVALUACIÓN: Última fase del proceso la cual confirma el resultado esperado, el progreso o falta de resultados o metas.

INDEPENDENCIA: Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de crecimiento, desarrollo y situación.

LACTANTE: Con este término se designa al ser humano desde el nacimiento a la terminación del período neonatal hasta el final de los primeros 24 meses de la vida.

MODELO: Es un patrón de algo que hay que hacer un esbozo abstracto o un bosquejo arquitectónico del artículo auténtico, o una aproximación o simplificación de la realidad. También puede mostrar las características de una disciplina.

PERSONA: Es un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son considerados como una unidad.

PLANEACION: Es la tercera fase del proceso que establece e identifica las intervenciones que ayudan a que el paciente logre su independencia.

PROCESO DE ENFERMERIA: Es el sistema de la práctica de la disciplina mediante una serie de acciones señaladas pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería para el bienestar del individuo, proporcionar acciones que puedan cubrir las necesidades individuales detectadas del paciente, manteniendo una interacción entre la persona y el profesional de enfermería.

SALUD: Es la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las necesidades básicas. Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano que requiere fuerza y voluntad.

TEORIA: Esta hecha de conceptos y proposiciones; sin embargo una teoría explica los fenómenos con una mucha mayor especificidad. El propósito principal de una teoría es generar conocimiento en un campo. Una teoría contiene conceptos mas concretos de las definiciones y explicaciones detalladas de las premisas o hipótesis que las unen.

VALORACIÓN: Primera fase del proceso que recaba los datos subjetivos como objetivos del paciente.

VII. BIBLIOGRAFÍA.

- Brunner , S. L. **Manual de la enfermera**, editorial Interamericana McGraw -Hill México 1991.

-Carpetito, J. L. **Diagnóstico de enfermería**, editorial Interamericana McGraw- Hill México 1990.

- Morlaw, **Enfermería pediátrica** tomo I editorial Panamericana México 1996.

-Fernández, F. C. **El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería**, editorial Masson-Salvat Barcelona 1995.

-Higashida, Y. B. **Ciencias de la salud**, editorial Interamericana McGraw-Hill México 1995.

-Ingalls, A. Joy, **Enfermería, materno infantil y pediátrica**, editorial Limusa México 1991.

-Iyer, B. J. Tapitich, **Proceso y diagnóstico de enfermería**, editorial Interamericana McGraw-Hill 3ra ed. México 1997.

-Kozier, B. **Enfermería fundamental**, tomo I editorial Interamericana McGraw-Hill Madrid 1993.

- Marriner-Tomey, A. Modelos y Teorías en enfermería, editorial Mosby/ Doyma Madrid 1994.
- Murray-Atkinson, Proceso de atención enfermería, editorial Interamericana McGraw-Hill 5ª ed. México 1996.
- NANDA, Diagnósticos enfermeros de la NANDA, editorial Harcourt, Madrid España 1999.
- Nordmark, T. M. Bases científicas de la enfermera, editorial El Manual Moderno México 1997.
- Phaneuf, M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería, editorial Interamerica McGraw-Hill Madrid 1993.
- Rosales, B. S. Fundamentos de enfermería, editorial El Manual Moderno México 1991.
- Valenzuela, H. R. Manual de pediatría Valenzuela, editorial Interamericana McGraw-Hill México 1993.
- Wesley, R. L. Teorías y modelos de enfermería, editorial Interamericana McGraw – Hill México 1997.
- Wong Whaley, L. Manual clínico de enfermería pediátrica, editorial Massón-Salvat México 1993.

A

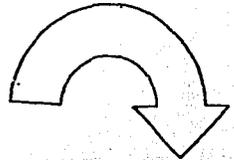
N

E

X

O

S



VIII. ANEXOS.

Anexo 1

Historia de enfermería pediátrica

Y examen de la familia

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Sobre nombre _____

Diagnóstico: _____ Conocido por _____ Fecha de ingreso _____

Relación del informante con el niño: _____

HISTORIA DE ENFERMERIA

Familia

Medio comunitario y hogareño _____

Tradiciones culturales _____

Miembros de la familia:

Nombre	edad	estado de salud	educación	ocupación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Enfermedades hereditarias: _____

Niño:

Cuidado primario: _____

¿ Trabajan los padres? Madre _____ Padre _____

Si trabajan ¿ quien cuida al niño? _____

¿ Cómo se puede hallar a los padres si es necesario? _____

Cambios en la familia que pueden afectar a este hijo(nacimientos, enfermedades, muertes, etc.) _____

Comportamiento del niño.

Comportamiento alimentario:

Mamadera _____ Alimentación a pecho _____ taza _____ cuchara

Si se ha introducido la taza ¿ cómo se ha hecho ¿ _____

Edad de destete _____ tipo de formula, cantidad _____ Cantidad de leche y agua por día _____

Alimentos con los dedos: _____ Utensilios utilizados _____

Alimento sólido: _____ Papilla _____
Especial para el niño: _____ comida familiar común _____

Vitaminas _____ fluoruros _____

Apetito _____ restricción de dieta _____

Menú típico diario (alimento, cantidad, hora)

¿Dónde se realizan las comidas? _____ líquidos y sólidos
no tolerados _____ preferencias religiosas y culturales _____

gustos especiales _____ problemas de alimentación o para comer; si es positivo ¿ como se maneja? _____

Evacuación:

Número de movimientos intestinales por día _____ descripción _____

Pañales de tela _____ pañales comerciales _____ control de esfínteres,

Día _____ noche _____ usa bacinica _____ inodoro _____ otros _____

Cuántas veces es llevado al baño _____

Si esta enseñando esfínteres que método utiliza _____

Palabras relacionadas con la evacuación, si _____ no _____

Diarrea _____ constipación _____ incontinencia _____ orina _____

Heces _____ chorro urinario _____ frecuencia de evacuación _____

Malestar con la micción _____ método de Crede _____

Sueño:

Cuna _____ cama _____ solo _____ con _____ siestas _____ hora y duración _____ hora de acostarse habitualmente _____ despierta

Rituales especiales antes de acostarse _____ temores _____

Problemas relacionados con el sueño si _____ no _____

Higiene personal:

Cuidado por otro Vestido _____ cepillado de dientes _____

Baño _____ Frecuencia del lavado del cabello _____

Necesita ayuda para el cuidado habitual _____

Comportamiento y actividades:

¿Cómo describe el padre el comportamiento? _____

¿Cómo se reconforta el niño cuando está angustiado? _____

¿Problemas del comportamiento? _____

Nivel de actividad motora _____

Juego habitual _____ Actividad lúdica y juguetes

preferidos _____ Juguete de seguridad especial _____

Hobbies o intereses _____ Programas favoritos _____

El niño va (sí/ no) guardería, jardín de infantes, escuela primaria, clases especiales: _____

Discapacidades:

Visión _____ Anteojos _____ Audición _____ Audífono _____

Habla _____

Dentales _____

Marcha _____

Otras discapacidades _____ Prótesis _____

Aparatos auxiliares:

Silla de ruedas _____ Chaquetas de sostén _____ Aparato

ortopédico _____ Andador _____ Muletas _____ Bastón _____

Yeso(describir) _____

Comunicación y socialización:

Problemas con la comunicación

Verbales si _____ no _____

No verbales si _____ no _____

¿Qué palabras utiliza el niño que son únicas: _____

¿Qué personas son importantes para el niño? _____

Reacción del niño frente a los adultos no familiares _____

Reacción del niño frente a amigos de la misma edad _____

Animalitos en la familia _____ ¿Qué tipo? _____

¿Ha estado lejos del hogar el niño antes? _____

HISTORIA DE SALUD**Historia natal:**

Gestación: Normal _____

Desviación de la normalidad _____

Nutrición de la madre _____

Nacimiento: Normal _____

Desviación de la normalidad _____

Estado del neonato _____

¿Cuánto tiempo después del nacimiento el padre tocó al niño? _____

Período neonatal: Normal _____

Desviaciones de la normalidad _____

Antecedentes de salud:

Historia incluyendo enfermedades transmisibles, operaciones, accidentes:

¿ Estuvo el niño hospitalizado antes? _____

Reacción durante la hospitalización _____

Reacción luego del alta _____ Estado de salud dental _____

Alergias: Alimento _____ Droga _____ Otros _____

Registro de inmunizaciones: Fecha _____ Vacunas _____ Refuerzos _____

Enfermedad actual:

Síntoma principal actual: _____ Historia de la enfermedad

actual _____ Tratamiento previo al ingreso: Medicamentos _____

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 usted ha dado en el hogar le gustaría dar durante esta hospitalización? _____

¿Cómo le podemos ayudar a dar más cuidados a su hijo? _____

¿Cómo se altero la rutina en el hogar como resultado de esta hospitalización? _____

Niño: ¿Comprensión por parte del niño del diagnóstico y razón para la hospitalización? _____

¿Alguien le ha explicado los procedimientos posibles al niño? _____

Reacción del niño frente a la enfermedad: _____

Temores en relación al tratamiento durante la enfermedad _____

¿Qué medicaciones toma el niño en el hogar? _____

Métodos para darlas _____

¿Se ha dado alguna medicación hoy? _____

¿Qué autocuidados es capaz de realizar el niño? _____

Preocupaciones verbalizadas por el padre o el niño _____

Observaciones por parte de la enfermera de la interacción padre / hijo durante la entrevista: _____

Fuente: Doroty Morlaw, ^α Enfermería Pediátrica tomo I editorial Panamericana México 1996.



Anexo 2
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

EDUCACIÓN CONTINUA

SEMINARIO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Nombre del alumno: _____ Seguimiento _____ Fecha _____
No. Del 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.

Elaborado por: mtra. Magdalena franco Orosco

ANEXO 3

Necesidades habituales de sueño durante la lactancia y la infancia.

Edad	Horas de sueño							
	2	4	6	8	10	12	14	16
1 semana								
1 mes								
3 meses								
6 meses								
9 meses								
12 meses								

Fuente: Manual clínico de enfermería pediátrica . Donna L.Wong.Waley
Ediciones científicas Masón-Salvat 1993 pp.614.

 Succión y deglución normales	 Presión palmar	 Contacto y respuesta auditiva	 Contacto y seguir respuesta visual a 90°/latero	 Cabeza con flexión hacia atrás	 Boca abierta libre la cara	 Llanto fuerte, el reflejo de Músculo de Combes
 Accion papilla	 Control opp. mano-boca	 Servicio dirigido	 Seguimiento visual a 90°/latero	 Control de cuello	 Angulo boca abier. de 60°	 Miradas sostenidas paradas
 Come galletas senc.	 Manipula objetos con las 2 manos	 Búsqueda pupila secundario	 Toca la cara de la madre	 Carrera completa del tronco	 Boca abierta, manipula objetos	 Dico dentición va, interacción
 Bate todo	 Pinza fina	 Hace intenciones	 Interacción en el juego	 Españolador con ayuda	 Cansa	 Búsqueda intencio. madre, mano, papa
 Come con cuchara	 Introduce y saca objetos de un frasco	 Reconoce figuras en una fotografía	 Juega de pe	 Se levanta solo	 Carrera solo	 Juega de cruce palabras
 Come solo	 Mala línea	 Colorea en contornos	 Patea la pelota	 Se sienta a una sola	 Cansa	 Pone los bloques sobre otros bloques

Fuente: VALENZUELA, H. R. Manual de Pediatría Valenzuela. México 1993.

Anexo 4

La coordinación entre los sentidos y la motricidad debe ser favorecido; por la influencia del ambiente familiar en su proceso de aprendizaje en mundo mental del niño.



Entre los cuatro y siete meses las habilidades manuales se desarrollan, así como su capacidad visual y ya distingue una pequeña bolita en movimiento, para coger utiliza los movimientos de pinza.



Las visitas de control del niño sano durante los cuatro primeros meses son necesarias una vez por mes segundamente bastará con hacerlo una vez cada dos meses



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA.



PLAN DE ALTA

PARA MEJORAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL NIÑO SANO.

El bebé con quien se juega y a quien se hace sentir que es importante y querido crecerá alegre, sociable y con gran seguridad en sí mismo.



Desarrollo: Son los cambios y transformaciones que se efectúan en los seres vivos desde que nacen.

Crecimiento: Es el proceso que da resultado, un aumento continuo de la masa corporal medible en gramos y centímetros.

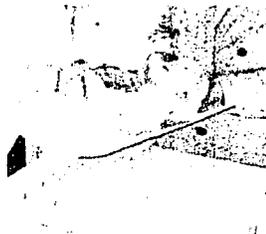


Los problemas pueden evitarse mediante la implementación de acciones preventivas relativamente fáciles, sin necesidad de complicadas tecnologías, ni grandes recursos económicos.

PROTECCION DE LA VIDA Y SALUD DEL PEQUEÑO

ACCIONES

Continuar con el control de peso y talla como hasta la fecha ya que hay que recordar, que entre la edad de seis meses y tres años, los niños deben pesarse cada mes.



Si usted nota que no hay aumento de peso durante dos meses consecutivos, es que existe algún problema.



Los niños menores de tres años tienen necesidades especiales de alimentación.

Necesitan comer cinco o seis veces al día y es necesario que sus alimentos se refuercen con pequeñas cantidades de grasas y aceites.

