



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

División de estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería Infantil
Hospital Infantil de México
"Dr. Federico Gómez"



**CUIDADOS A UN PREESCOLAR CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA

LIC. MARIA AMALIA BENÍTEZ TREJO
N. cta . : 09424328-4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIRECTORA
M. E. MAGDALENA FRANCO OROZCO

México D. F. , Mayo de 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACION

DISCONTINUA



Dedicatorias

A Dieguito, Pepito y a todo aquellos niños que me permitieron compartir con ellos tristezas y alegrías.



Agradecimientos

A Dios:

Por haberme permitido vivir experiencias que nunca había imaginado y salir victoriosa de ellas.

A mis Padres:

Por darme la vida y la fuerza para seguir adelante.

A Manuelito de Jesús:

Por ser una luz que ilumina mi camino.

A la Maestra Magdalena Franco Orozco y

Lic. Verónica Espinoza Meneses:

Por ser mi ejemplo e inspiración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Entrego a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso
el contenido de mi trabajo, recepción

NOMBRE: *María Amelia Benítez Trejo*

FECHA: *20-Mayo-03*

FIRMA: *[Signature]* 2

ÍNDICE

Tema	Página
Introducción.....	1
Objetivos.....	2
I. Fundamentación.....	3
1.1 Antecedentes.....	3
1.2 Marco conceptual.....	7
1.2.1 Teoría seleccionada.....	7
1.2.2 Proceso de Enfermería.....	11
1.3 Consideraciones éticas.....	21
II. Metodología.....	22
2.1 Descripción genérica del caso.....	22
2.2 Variables e indicadores.....	26
2.3 Procedimientos e instrumentos de valoración.....	26
2.4 Proceso de diagnóstico.....	28
2.5 Plan de intervención.....	30
III. Resultados.....	75
3.1 Análisis cualitativo de las variables estudiadas.....	75
IV. Conclusiones y sugerencias.....	79
V. Bibliografía.....	81
VI. Anexos.....	86
6.1 Consentimiento informado.....	86
6.2 Historia Clínica.....	86
6.3 Plan de alta.....	86
6.4 Hoja de reporte diario.....	86

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Durante varios años se ha observado dentro de la practica de la Enfermería, múltiples corrientes que ejercen influencia sobre el desarrollo de la misma, sin embargo, no todas han contribuido al crecimiento y fortalecimiento de la Enfermería como una profesión.

En la década de los 50's el Proceso de Enfermería se planteo como un método para la resolución de problemas a los que se enfrenta la enfermera en su trabajo diario, el cual posee una orientación científica, lógica y critica, que permite la ampliación de horizontes de la práctica que comúnmente se realiza.

Para proveer al proceso de sustento y dirección es importante determinar que fenómenos valorar y sus interrelaciones para hacer más operativos los conceptos centrales de la Enfermería y centrar la atención en los fenómenos particulares de la disciplina. En este caso particular se empleo la Filosofía de Virginia Henderson en conjunto con el Proceso de Enfermería para valorar, diagnosticar y proponer cuidados especializados a un preescolar con alteración en la necesidad de seguridad y protección.

El presente caso está conformado por seis apartados, en el primero se hace referencia a la fundamentación del caso, antecedentes de estudios relacionados con las necesidades, la Filosofía de Virginia Henderson, el Proceso de Enfermería y las consideraciones éticas, el segundo plantea la descripción genérica del caso, las variables y los indicadores, los procedimientos e instrumentos de valoración, el proceso diagnóstico y el plan de intervención.

Los resultados se plantean en el tercer apartado, en donde se realizó el análisis cualitativo de las variables estudiadas, en el cuarto se proponen las conclusiones y sugerencias del estudio y en el quinto y sexto capítulo se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

☞ General

Aplicar los conceptos básicos del modelo conceptual de Virginia Henderson por medio del proceso de enfermería a un preescolar con alteración de la necesidad de seguridad y protección.

☞ Específicos

Identificar las necesidades básicas del niño, así como las fuentes de la dificultad que impidan la satisfacción de dichas necesidades.

Identificar Diagnósticos de Enfermería que reflejen el grado de independencia o dependencia del niño.

Diseñar un plan de atención de acuerdo a las fuentes de dificultad y grado de dependencia identificados.

Establecer intervenciones especializadas dirigidas a ayudar al niño a disminuir las fuentes de la dificultad y así lograr su independencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. FUNDAMENTACIÓN

1.1 Antecedentes

En un caso clínico de una mujer de 49 años en la unidad coronaria realizado en Barcelona, aplicando el Proceso de Enfermería, utilizando los patrones funcionales de salud de M. Gordon (circulatorio/respiratorio, cognoscitivo/ perceptivo, nutrición/metabolismo, eliminación, alteración/mantenimiento de la salud, actividad/ejercicio, reposo/sueño, rol/relaciones, sexualidad/reproducción y valores/creencias); destaca la necesidad de diseñar los diagnósticos de enfermería para ser resueltos por enfermeras y no como problemas interdependientes¹, aunque estos últimos estuvieron presentes y se enunciaron como problemas potenciales, este trabajo es equiparable con las necesidades de las personas.

En otro estudio realizado también en Barcelona, analizaron una escala para ayudar a las personas intubadas o traqueostomizadas a expresar sus necesidades básicas y lograr comunicarse, teniendo una muestra de seguimiento de 1,373 enfermos intubados o traqueostomizados, así como enfermeras y familiares que han establecido contacto con estos pacientes. El marco teórico del estudio fue el modelo de Virginia Henderson, pero no menciona cual fue la metodología que establecieron para emplear esta filosofía; concluyendo únicamente que la escala facilita la comunicación entre las enfermeras o familiares con los pacientes².

En un estudio de 30 pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos por reagudización de su Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a los que se les aplicó ventilación no invasiva, mostró que dichos pacientes presentaron alteración del patrón respiratorio y en cuanto a fuentes de la dificultad la falta de fuerza fue la principal,

¹ Bernat B., García B., Inarejos L., Bardají D. Enfermo crítico: valoración global para identificar las necesidades. En: *Enfermería Clínica* 1992; 2(4): p.150-32

² Roig T., Casasnovas P., Pedrós S., Domenech P., Bermejo F. Evaluación de un lenguaje aumentativo para enfermos intubados o traqueostomizados. En: *Enfermería Clínica* 1999; 9(6): p.238-16

seguida de la falta de voluntad y de conocimiento, concluyendo que la identificación de las fuentes de la dificultad brinda información precisa de las causas que han alterado el equilibrio y contribuye a la favorable evolución de las personas³; así pues se disminuye la incidencia de pacientes que pudiesen necesitar procedimientos invasivos.

Otro caso clínico publicado en 1992 sobre una adulta de 57 años empleó el esquema de las necesidades de Virginia Henderson. Obteniendo de la valoración datos objetivos y subjetivos de las necesidades de seguridad y comunicación, continuando con el establecimiento del diagnóstico correspondiente y las intervenciones de enfermería.

En cuanto a la seguridad se valoraron los sentidos, la capacidad de deambulación, el estado de conciencia, los temores de la familia acerca del padecimiento y los posibles riesgos que el entorno pudiese presentar; estableciendo el diagnóstico de Riesgo de lesión y desarrollando intervenciones que la paciente y su familia pudiesen realizar como la valoración de riesgos ambientales, modificación de los riesgos y hacer un plan de actividades que permitieran mantener controlados los riesgos⁴.

Continuando con la revisión de estudios de investigación sobre casos con base en la filosofía de Virginia Henderson, se encontró un plan de cuidados resultado de la valoración de un grupo de individuos con diabetes mellitus considerando las 14 necesidades básicas, manifestaciones de dependencia, independencia y otros datos como los datos sociodemográficos, las características fisiopatológicas del padecimiento, complicaciones y actividad física.

En lo relacionado con la necesidad de seguridad y protección se consideró la aparición de complicaciones, capacidad de proveerse a sí mismos y la actitud personal; como manifestación de dependencia señala el incumplimiento del régimen terapéutico, relacionado con dificultades económicas, demandas excesivas de la familia o del

³ Subirana C., Jover S., Pascual R., Solá S. Fuentes de la dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC reagudizada. En :Enfermería Clínica 1992; 8(6): p.5-229

⁴ Zamorra P., Giménez M. Intervención terapéutica en la comunicación y la seguridad. En: Enfermería clínica 1992; 2(3): p.112-43

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

individuo, falta de conocimientos, falta de confianza en el régimen terapéutico y/o el personal sanitario y déficit de soporte social.

Señala como objetivos que el individuo demuestre un patrón adecuado de regulación e integración en la vida diaria del tratamiento prescrito y que realice una valoración realista de su situación.

Planeando revisar conjuntamente que comportamientos son saludables y cuales se pueden cambiar, explicar la importancia de llevar a cabo un buen control de la diabetes, identificar ideas, creencias y costumbres que puedan dificultar la calidad de vida y resaltar los beneficios del tratamiento y los logros conseguidos⁵.

Un estudio donde se valora y diseñan intervenciones de enfermería en individuos mayores de 70 años, se analizaron las catorce necesidades básicas; en cuanto a la necesidad de seguridad y protección se observaron el riesgo de caídas, desorientación o confusión, cambios emocionales, pérdidas afectivas, duelos, consumo de fármacos, inmunizaciones, toxicómanías y dolor; encontrándose como problemas la alteración emocional, relacionada con depresión, duelo y pérdidas; uso inadecuado de fármacos y un estado vacunal incorrecto. Estableciendo un plan para prevenir y brindar soporte en estas situaciones⁶.

Cabe mencionar que los artículos revisados aportan datos de la valoración y algunos planes de atención para pacientes con alteración en la necesidad de seguridad y protección con el enfoque de la filosofía de Virginia Henderson, pero no son enfocados a la población infantil, sin embargo, estas orientaciones nos ayudaran valorar las necesidades en los niños.

Un caso sobre cuidados de enfermería a un recién nacido pretérmino muestra la valoración de las 14 necesidades según Henderson, en cuanto a la necesidad de seguridad y protección

⁵ Canalis B., García M., González P., Gorindo D., Jodari S., Martín F., Robles M. La diabetes en la atención primaria. En: Enfermería Clínica 1999; 10(2): p.80-42

⁶ López P., Julia N. Cuidados de enfermería en la vejez. Diseño de un programa en la atención primaria de salud dirigido a ancianos mayores de 70 años. En: Enfermería Clínica 1999; 9(5): p. 220-44

se toma en cuenta el estado inmunológico, riesgos de contraer infecciones nosocomiales, y relacionadas con la ventilación mecánica y tratamientos invasivos. Identificaron las necesidades del caso y orientó a la planificación individualizada de los cuidados de enfermería.

Al jerarquizar necesidades se agrupan la necesidad de moverse y mantener buena postura, dormir y descansar, vestir adecuadamente, higiene y protección de tegumentos, comunicarse, vivir de acuerdo a sus creencias y valores y jugar⁷.

No se plantean en el artículo diagnósticos relacionados con la seguridad y protección, sin embargo, se dan a conocer intervenciones derivadas de esta necesidad; como son la administración de fármacos y control de efectos adversos, así como el aislamiento y las precauciones higiénicas pertinentes.

Otro artículo realizado en un adolescente también con la filosofía de Virginia Henderson, observa las necesidades básicas, tomando como principal necesidad afectada la de moverse y mantener buena postura, también las necesidades de higiene y protección de la piel, vestirse con prendas adecuadas, oxigenación, comunicación, seguridad y protección, eliminación, descanso y sueño, aprendizaje y recreación se mencionaron.

Particularmente en relación con la seguridad se planteo el diagnóstico de vulnerabilidad frente a los peligros relacionado con la limitación de la amplitud de los miembros inferiores manifestado por fatiga y agotamiento; con un grado de dependencia de 5⁸; lo cual no hace ver que la orientación teórica y el método permiten realizar una valoración integral además de un plan de intervenciones que se pueda evaluar.

Se revisó un artículo en donde se sugieren medidas de seguridad para la administración de fármacos en pediatría, señala que se han observado dificultades en cuanto al cálculo,

⁷ Guallart M., Roca C. Cuidados de enfermería a un recién nacido pretérmino. En: Enfermería clínica; 8(2): p.84-44

⁸ Sánchez L. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. En: Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.2001; 9(2): p. 91-96

dosificación y administración de los fármacos; esto tiene una gran relevancia cuando las dosis son muy pequeñas pudiendo llegar a duplicarse o perderse quedándose en el equipo.

Por lo que sugieren se revise primero el fármaco que va a ser aplicado, identificar aquellos con escaso margen terapéutico, comprobar la orden terapéutica y la identidad de la persona, respetar las condiciones de administración y sus contraindicaciones, asegurarse de que la dosis, vía y frecuencia sean correctas y que una vez administrado sea registrado en forma clara. En cuanto a la preparación de los medicamentos tomar en cuenta el volumen que ocupa el principio activo; considerar el espacio entre el cono de la jeringa y la aguja (aprox.1ml) y al ministrar medicamentos en perfusión intravenosa aplicar medidas correctoras que compensen la cantidad de solución restante en el equipo (aprox. 10ml)⁹.

1.1 Marco Conceptual

1.1.1 Filosofía de Virginia Henderson

Los modelos conceptuales, teorías y filosofías son puntos de partida para la reflexión del cuidado, estas tienen sentido cuando presentan de forma evidente signos identificables y permite descubrir la interacción que se da entre ellos en cualquier tipo de combinación o en cualquiera de sus posibles manifestaciones¹⁰.

Es el caso de la filosofía de Virginia Henderson, la cual se basa en la identificación y valoración de 14 necesidades básicas del ser humano, las fuentes de la dificultad y las manifestaciones de dependencia y establecer lineamientos que la persona sujeto del cuidado con ayuda de la enfermera pueda lograr su independencia.

Henderson describe a la Enfermería en términos funcionales, “la única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades

⁹ Bernaus P., Pauli C. Cómo evitar riesgos en la administración de fármacos en pediatría. En : Enfermería clínica 1993; 2(6): p.35-231

¹⁰ Colliere M. Promouvoir la vie. En: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería Interamericana-Mc Graw Hill p. XVIII

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios”¹¹, es decir, permitirle a la persona alcanzar su potencial de vida.

En cuanto a la persona “es considerado como un todo completo (biopsicosocial y espiritual) que presenta catorce necesidades fundamentales, que debe satisfacer”¹², mientras que el entorno, otro concepto del metaparadigma de Enfermería es definido como el “conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”¹³(factores ambientales, socioculturales¹⁴, económicos e incluso políticos).

La Salud “se equipara con la independencia de la persona al satisfacer sus necesidades básicas”¹⁵, se entiende entonces como “alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentre el niño”¹⁶.

Riopelle menciona que los valores de dicha filosofía se reflejan en su definición de Enfermería y que son el ayudar al individuo sano o enfermo, conservar o recuperar la salud, asistir en la muerte a la persona, recuperar la independencia y la función.

También se considera que existen directrices que guían la aplicación de ésta filosofía, es decir, postulados, como lo son las necesidades fundamentales, independencia, dependencia y problemas de dependencia. Una necesidad fundamental es todo aquello que es esencial para el ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar, se reconocen 14:

- ❖ Oxigenación
- ❖ Alimentación e hidratación
- ❖ Eliminación

¹¹ Marriner Tomey. Teorías y modelos de Enfermería. Mosby, Madrid 1994 p.104

¹² Phaneuf M. op. cit. p. 17

¹³ Idem. p. 105

¹⁴ Fernández F. Novel M. El proceso de atención de Enfermería, estudio de casos. Salvat México 1993 p.4

¹⁵ Luis R., Fernandez F., Navarro G. De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson Barcelona 1998 p.33

- ❖ Movimiento y buena postura
- ❖ Descanso y sueño
- ❖ Utilizar prendas de vestir adecuadas
- ❖ Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
- ❖ Higiene y protección de la piel
- ❖ Seguridad y protección
- ❖ Comunicación
- ❖ Vivir según sus creencias y valores
- ❖ Realizarse
- ❖ Juego
- ❖ Aprendizaje

Cada una de estas se relaciona con las distintas dimensiones del ser humano biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.¹⁷

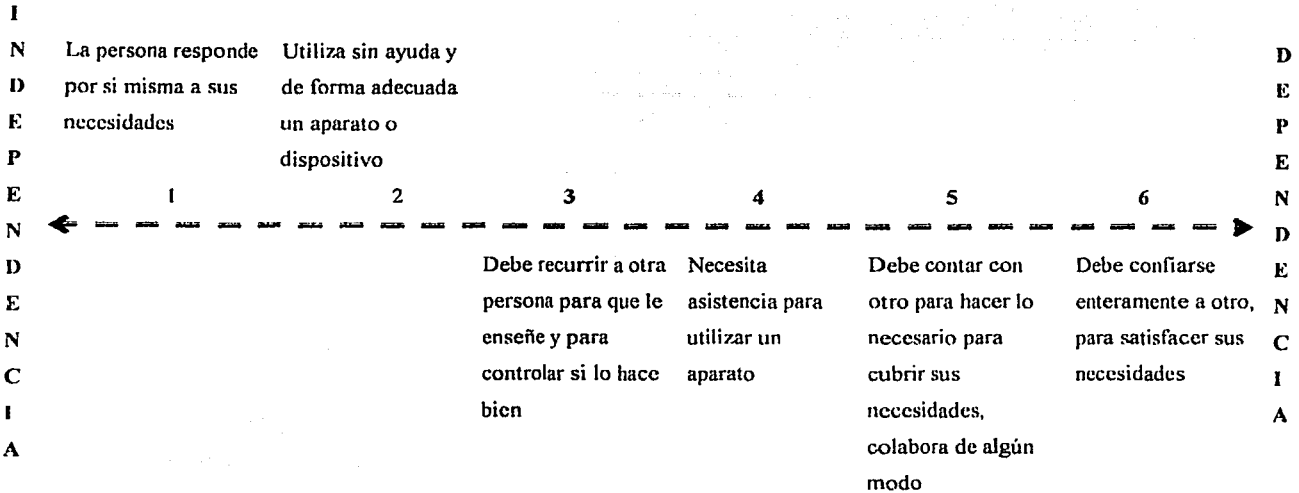
Otros conceptos son la independencia, la dependencia y los problemas de dependencia; la independencia se refiere a la satisfacción de una o varias necesidades del ser humano a través de acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, la dependencia es la no satisfacción de las necesidades resultado de acciones adecuadas o imposibilidad de cumplirlas.¹⁸

La independencia y la dependencia son dos aspectos que se pueden observar en un continuum, pues existen situaciones en las que es necesario percibir que tal independiente o dependiente es la persona para poder establecer acciones adecuadas que ayuden a mantener un equilibrio.

¹⁶ Phaneuf M. op. cit. p.30

¹⁷ Idem. p.19

¹⁸ Riopelle L., Grodin L., Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Interamericana-Mc Graw Hill Madrid, 1993 p.3



Continum Independencia -Dependencia

Tomado de: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería Interamericana-Mc Graw Hill p.31

Los problemas de dependencia son cambios desfavorables en la satisfacción de una necesidad y son causados por fuentes de la dificultad, estas son el origen del problema e impiden que la necesidad o necesidades sean satisfechas, se describen fundamentalmente tres fuentes de la dificultad, como son la falta de conocimiento, la falta de fuerza o la falta de voluntad.

En cada una de las etapas del Proceso de Enfermería, la Filosofía de Virginia Henderson se aplica de la siguiente forma: en la valoración se observan las 14 necesidades y las posibles fuentes de la dificultad que afecten la salud de la persona, en el diagnóstico se establece cual es el problema y las fuentes de la dificultad (conocimiento, fuerza o voluntad).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la planificación de los cuidados se desarrollan objetivos e intervenciones de acuerdo al grado o nivel de dependencia para conseguir la satisfacción de las necesidades y se realizan intervenciones que se dirijan a la suplencia, ayuda o compañía de la enfermera para con el individuo.

La evaluación se enfoca a comprobar si los objetivos se han conseguido y si las necesidades están cubiertas, se ha llegado a la independencia, es decir, la salud¹⁹.

1.1.2 *Proceso de atención de Enfermería*

Al terminar el siglo se cuestiona y analiza sobre el camino y desarrollo que la humanidad ha tenido, la enfermería como parte de dicho desarrollo no es la excepción, se ha llegado a un punto donde es necesaria una revisión de su historia y de su conformación para darle sentido a su proceder y proyectarla hacia el futuro.

En el desarrollo de la enfermería resalta la formación de enfermeras dentro de las universidades lo que ha permitido que posea características de profesión y disciplina.²⁰ Algunos autores afirman que como profesión posee una educación universitaria y un cuerpo de conocimientos con orientación al servicio, una asociación profesional, autonomía y autorregulación²¹, como disciplina porque desde una perspectiva única conceptualiza, observa, estudia y propone formas diferentes de intervenir ante los problemas de salud del individuo, familia o comunidad.²²

Carper señala que la estructura disciplinar de la enfermería se conforma de cuatro patrones o campos, el primero es el empírico, del que se generan formulaciones deductivas e inductivas que organizan el nivel especulativo de la disciplina. El segundo, es el estético

¹⁹ Phaneuf M. op. cit. p. 142

²⁰ Franco O. El proceso de enfermería como método para la práctica profesional. Ponencia X Jornadas de Enfermería Pediátrica México, 1998.

²¹ Styles. Requisitos que se exigen en una profesión. En Carpenito L. Planes de cuidados y documentación en Enfermería. 2da. ed. Interamericana-Mc Graw Hill México 1994; p. 1

⁷ Donalson & Crowley D. La disciplina de Enfermería. En H.L.Nicoll; Pers in Nurs Theory 2da.ed. p. 2

conformando el arte de la enfermería, es decir, lo que hace para promover y recuperar la salud. El tercer campo es el del conocimiento personal resultado de la interacción entre el individuo y la enfermera, y el último correspondiente a los aspectos éticos que constituyen el comportamiento moral de los integrantes de la disciplina.

Sin embargo, el conocimiento de la Enfermería no sólo parte de allí, también proviene de contenidos y procesos implicados en los roles profesionales, las teorías de enfermería, en los hallazgos de las investigaciones, y la aplicación del método científico a la realidad donde se desarrolla²³, todos estos elementos pueden ser un punto de partida para la reflexionar la esencia del cuidado, de otra forma dicho conduce al análisis del ser y hacer de la enfermería.

De modo que si se considera a la Enfermería como la ciencia y arte del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas con base en la interacción dinámica individuo-enfermera se puede decir que la enfermería posee un cuerpo propio de conocimientos, el cual se podría definir a partir del estudio de las respuestas humanas (en estado de salud o enfermedad) y cómo colaborar con la persona ante dicha experiencia de vida, es decir, su objeto de estudio (material) es el ser humano y desde el punto de vista particular (objeto formal) desde el que la Enfermería intenta comprenderlo es el cuidado²⁴.

El cuidado se fundamenta en el desarrollo de la teoría, y ésta se orienta en el método para la intervención y evaluación²⁵ de individuos familias y comunidades y así conforma una instrucción sólida que contenga elementos humanos, teóricos, metodológicos e instrumentales para la investigación, educación y la practica profesional, es decir, organiza funciones, define el campo de acción, acelera la investigación y facilita la comunicación y el entendimiento entre enfermeras, individuos y otros profesionales para describir y desarrollar un fundamento firme que cumpla con los criterios para el tan anhelado estatus profesional.

²³Hernández C., M. Esteban. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. Interamericana-Mc Graw Hill México 1999; p.83

²⁴ Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Alertes Barcelona 1999; p.18-19

²⁵ Hernández. et al op. cit.p.83

A través del tiempo el pensamiento científico de enfermería se ha modificado, en sus inicios, consistía básicamente en la observación de los problemas de salud del individuo y posteriormente la identificación de una serie de intervenciones derivadas de ésta. Continuando con el desarrollo de este pensamiento en las primeras décadas del presente siglo se comenzó a aplicar en forma más rigurosa el método científico con enfoque de solución de problemas al cuidado de la enfermería^{26,27}, permitiendo que en 1955 en Norteamérica Lydia Hall desarrollara la idea de proceso de enfermería y entonces algunas enfermeras (Johnson, Orlando y Windenbach entre otras) describen el proceso y las fases de éste²⁸.

En 1967 la facultad de enfermería de la Universidad Católica de América propone un proceso conformado de cuatro componentes: valoración, planeación, intervención y evaluación²⁹. Conforme las enfermeras han utilizado el método científico se ha modificado también el proceso y es a partir de ese momento donde la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA) emplea el proceso del cuidado para el establecimiento de Las Directrices que el profesional de enfermería es responsable de realizar de acuerdo a éstas, constituyendo así un marco legal³⁰.

La mayoría de los autores consideran un proceso conformado para su análisis de cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, el cual se define según Alfaro (1992) como un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las alteraciones de salud reales o potenciales del individuo.

²⁶ Sánchez Molinero A. Surgimiento del Diagnóstico de Enfermería. En *Desarrollo Científico de Enfermería* 1998; 6 (5): 133

²⁷ Kosier B., Erb, Bufalino. *Fundamentos de Enfermería*. Interamericana México 1997 p.107-109

²⁸ Potter P. et al. *Fundamentos de enfermería teoría y práctica*. Mosby-Doyma México 1996 p.119

²⁹ Hernández C. op.cit. p.128

³⁰ Iyer P., Taptich B., Bernocchi-Losey *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 3ra. ed. Interamericana-Mc Graw Hill México 1997; p.

El cual tiene como objetivos el promover, mantener o recuperar la salud o bien ayudar a las personas 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 y proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible, es decir, un proceso heurístico con el fin de descubrir, explicar y controlar las respuestas humanas a partir del análisis de caso de un individuo, familia o comunidad, a través de la relación individuo-enfermera, la cual permite un cuidado personalizado, que implica obtener de manera dinámica los datos del cliente, el análisis de éstos y la elaboración conjunta de los objetivos, seguido del establecimiento del diagnóstico, problema de salud o respuesta humana, el planteamiento de intervenciones y por último la evaluación del proceso³¹.

Sin embargo en la aplicación del proceso, algunos autores señalan que es pertinente elegir un modelo teórico, teoría científica o marco de referencia³² que provea al proceso del cuidado un sustento y dirección que guíe el análisis de la situación, determine que fenómenos valorar y sus interrelaciones, ofreciendo una visión específica de la persona para hacer más operativos los conceptos centrales de la enfermería y del proceso del cuidado, con un enfoque dirigido hacia las características y necesidades particulares del individuo, lo que permite el acoplamiento de la teoría, enfermería y proceso en forma sistemática³³, además de permitir advertir con facilidad aspectos en los cuales la enfermera tiene injerencia.

De modo que para aplicar este proceso es esencial especificar la concepción de la persona cuidada con el fin de recoger solo datos que son de interés a la enfermera y poder deducir de ellos cuales son los problemas que demandan una intervención en forma de cuidados de enfermería, lo que aclara y define su área de competencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³¹ Kérrouac S., Pepin S., Ducharme F. El pensamiento enfermero. Masson México 1996; p.69-70

³² Kosier et. al. op.cit. p.109

³³ Griffith J. Chistensen P. Proceso de atención de Enfermería Aplicación de teorías, guías y modelos. Manual moderno México 1993; p.7-8

Se considera que el modelo conceptual de Virginia Henderson y las teorías de Abdellah, Orem y la de Gordon son útiles en la aplicación del proceso del cuidado, particularmente en la enseñanza a nivel medio superior³⁴, sin embargo, esto no indica que sean las únicas o que no se pueda emplear alguna otra teoría o marco conceptual, depende del conocimiento que se posea acerca de éstas o el ámbito en el cual se pretenda aplicar.

La primera fase del proceso es la *Valoración*, consiste en obtener datos objetivos y subjetivos de la persona a partir de la percepción de su estado actual de salud, patrones de adaptación, signos y síntomas, identificación de recursos internos o externos de la persona que puedan ayudar al restablecimiento o bienestar de la persona, mediante parámetros relacionados con el desarrollo humano y la documentación de éstos³⁵.

Es aquí donde la enfermera determina que tipo de datos por reunir, las fuentes de dichos datos; primarias cuando se obtienen los datos del propio individuo y secundarias cuando es una fuente distinta, como familiares, expediente clínico, datos de laboratorio y también la forma en que se obtendrán, por observación, entrevista o exploración física basada en el método clínico. Define la estrategia de comunicación más adecuada, jerarquiza prioridades y decide realizar una valoración focalizada permitiendo delimitar un problema y obtener datos específicos³⁶ de una necesidad.

Desde ésta perspectiva es posible advertir las situaciones que influyen en la persona y las respuestas a dichas situaciones desde nuestra visión, diferenciando las respuestas humanas o necesidades básicas y las expectativas del usuario de los problemas clínicos, respuestas a problemas añadidos o complicaciones fisiopatológicas que pudiera presentar la persona y que son igualmente controladas por las enfermeras, para poder así proporcionar un cuidado integral.

³⁴ Guillén F. Teorías aplicables al proceso de atención de Enfermería en Educación superior Rev. Cubana Enfermería 1999; 15(1): p.11-15

³⁵ Carpenito L. Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica 2da. ed. Interamericana-Mac Graw Hill. México 1990; 969p.26

³⁶ Myers SM. Patient-focused care: what managers should know. Nurs Econ 1998 Jul-Aug;16 (4) p.180

Los datos recolectados y organizados indican el estado de satisfacción de las necesidades del ser humano y los factores que pudiesen ser relacionados a la alteración o satisfacción de estas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado con el enfoque del proceso de enfermería y la teoría subyacente.

Como producto de la confirmación y agrupamiento de los datos, se procede al análisis e interpretación de los mismos, la identificación de las necesidades del individuo y la formulación de los diagnósticos de Enfermería³⁷, todo esto en conjunto forman la segunda fase que es el *Diagnóstico*; este puede concebirse como una conclusión razonada acerca de un problema de salud o proceso vital de la persona, como una etapa dentro del proceso del cuidado, una formulación de un enunciado con el que se expresa un juicio o bien dentro de la fase de valoración; también se le conoce como la identificación de problemas, necesidad de ayuda o análisis e interpretación de datos^{38,39}.

En ésta fase se incluye el reconocimiento de patrones, comparación de éstos con los normales y sus interrelaciones, así como la obtención de una conclusión razonada, es decir, el establecimiento de un enunciado que describa el problema de salud o necesidad de ayuda⁴⁰.

Ya reconocida la respuesta humana o problema, se procede a organizarlos según el concepto de persona y el de cuidados de Enfermería, se continua con la conformación del enunciado diagnóstico que corresponda; se puede optar por Diagnósticos establecidos y aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), los cuales establecen sus características definitorias y factores relacionados agrupados en nueve patrones de respuestas humanas de la persona unitaria, estableciendo Diagnósticos reales, potenciales y de bienestar, sin embargo, es posible diseñar Diagnósticos nuevos que convengan a una situación específica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁷ Potter P et al. op. cit. p.113

³⁸ Newton C. Modelo de Roper-Logan-Tierney. Masson -Salvat Barcelona 1996, p.31

³⁹ Kérouac S. et. al op. cit. p.69-70

⁴⁰ Potter P. et al op. cit. p.134-135

Los cuales siguiendo el formato P. E. S, propuesto por Marllori Gordon a mediados de los años cincuenta; se conforman a partir de tres enunciados, el primero hace referencia al Problema o respuesta humana, seguido del conector: "relacionado con", y se une al siguiente enunciado estableciendo una relación, mencionando la Etiología, factor de riesgo o fuentes de la dificultad que pueden ser fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales, espirituales o de conocimientos y se enlaza con el tercer enunciado por medio de otro conector: "manifestado por", y se continua con los Signos y síntomas que presenta el individuo como respuesta a los factores antes mencionados.

La formulación de enunciados diagnósticos de Enfermería obedece únicamente a las intervenciones independientes haciéndose necesario diferenciarlas de las interdependientes para establecer un ámbito único de Enfermería⁴¹. Sugieren Alfaro y Carpenito (1992,1994) que estas se enuncien como complicaciones potenciales, que aluden a problemas fisiopatológicos, en los que la responsabilidad de identificar y de tratar es compartida con el médico.

Debe tomarse en cuenta al elaborar un Diagnóstico de Enfermería no emitir juicios de valor, supuestos o deducciones; no intercambiar o confundir los tres enunciados del diagnóstico, no debe enunciarse en ninguna de las partes un Diagnóstico médico y el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar.⁴²

Todo esto permite el desarrollo de un lenguaje propio y característico de la Enfermería, es decir, lo podemos considerar como un instrumento para establecer "un lenguaje que unifique criterios"⁴³, delimitar e identificar el campo de acción y servir de guía para el establecimiento de criterios que protejan y enmarquen legalmente a la profesión.

⁴¹ Úbeda B., Pujol R. Investigar en Enfermería - Las enfermeras en investigación. En Enfermería Clínica; 1(2): p.50

⁴² Roldán A, Fernández M Proceso de atención de Enfermería Investigación y Educación en Enf. ; 1999:17(2): p.85

⁴³ Fernández C., Novel G. El proceso de atención de Enfermería un estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas Barcelona 1993; p.11

La tercera fase del proceso de Enfermería es la *Planeación* y se conforma del establecimiento de prioridades, la elaboración de objetivos, el diseño de las intervenciones o estrategias y la documentación del plan, es decir, se determina que es lo que puede hacerse para mejorar la condición del individuo que necesita ayuda y el cómo debe realizarse.

Requiere entonces de la identificación de necesidades prioritarias, establecidas a partir del estado general de salud, la presencia de problemas potenciales, la percepción de prioridades de la persona y el plan general de tratamiento⁴⁴, y su jerarquización determinando cuales problemas necesitan acción inmediata y los que pueden ser tratadas en un momento posterior, hecho esto se elaboran los objetivos o metas para el cliente y con él, las cuales se enfocan a la restitución o conservación de los recursos internos o externos del paciente, es decir, aquellos elementos de los cuales puede tomar fuerza y apoyo⁴⁵, para restablecer el problema.

Las intervenciones de Enfermería que se plasman en el plan de cuidados se derivan de la causa y las manifestaciones del problema. Deben ser planeadas de modo que las metas y objetivos sean logrados por la persona objeto del cuidado, mientras que las intervenciones las realiza el personal de enfermería y la persona; estas implican un juicio crítico para la toma de decisiones y por consecuencia son delegables a otro personal de enfermería o profesional de la salud, por lo que deben ser escritas para facilitar la comunicación ⁴⁶ así como aspectos ético legales y es entonces cuando la organización, el orden y la coherencia del plan de cuidados nos permite establecer el rumbo con el cual se dirigirá la atención.

⁴⁴ Alfaro L. Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica Mosby-Doyma Barcelona 1992; p. 102

⁴⁵ Griffith J. Chistensen P. op.cit. p.166-171

⁴⁶ Roldán A, Fernández M op.cit. p.89

La *Ejecución* es la cuarta fase y se conforma de tres sub-etapas: la preparación de los procedimientos, la ejecución de las intervenciones y la documentación de éstas en el plan. La preparación incluye la revisión de las actividades y el análisis de objetivos⁴⁷.

La ejecución de las intervenciones debe permitir la participación del cliente y de su familia, facilitando condiciones que permitan reforzar las capacidades del individuo para modificar su entorno y procurarse a así mismo, sin perder de vista los objetivos, las cuales tienen carácter intelectual, interpersonal y técnico. A lo largo de la ejecución el personal de enfermería continúa con la recolección de datos que dan la pauta para la siguiente fase. En la documentación se pueden utilizar diferentes formatos para el registro o bien continuar en el plan de cuidados; cabe señalar que en los registros como en la forma de realizar las intervenciones estará presente el enfoque teórico con el que se pretende dar sustento al cuidado.

La quinta fase es la *Evaluación*, la cual toma en cuenta todas las fases anteriores y pretende identificar posibles fallas u omisiones que se hallan presentado en el desarrollo del proceso, es decir, se analiza como un todo continuo, en el cual cada fase interactúa entre sí con las demás pues la deficiencia en una debilita a la siguiente, o bien es resultado de una inadecuada valoración o intervención, de esta manera se observa si los objetivos fueron o no alcanzados, la construcción de diagnósticos fue adecuada para el control de las respuestas humanas, el individuo está satisfecho o si ha logrado alguna mejoría. Esto permite la humanización e integridad de los cuidados, pues tienen en cuenta los intereses e ideales de la persona.

Puede decirse entonces que la evaluación se realiza en tres formas, en la estructura, proceso y resultado⁴⁸, forma así una parte importante para la toma de decisiones, pues es a partir de ésta que se realizan las modificaciones al plan de atención, y al proceso en su totalidad o parcialmente.

⁴⁷ Iyer P., Taptich B., Bemocchi-Losey Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ra. ed. Interamericana-Mc Graw Hill México 1997; p.22

⁴⁸ Griffith J. Chistensen P. op.cit. p.194-197

Si se pretende la aplicación real del proceso, éste debe ser considerado no sólo como “un método de identificación y resolución de problemas”⁴⁹ o una serie de pasos para dirigir el cuidado, sino como una forma lógica de pensamiento que es facilitadora y provee de consistencia al ejercicio de la Enfermería ^{50, 51}, es decir, da forma e identifica el campo de acción de Enfermería, permea cada una de las actividades y permite la organización del pensamiento y el desarrollo de habilidades analíticas que son necesarias para el desarrollo profesional.

De esta forma se hace necesario que la Enfermera cuente con cualidades interpersonales, técnicas e intelectuales (Kozier, 1995). Las interpersonales son creencias, valores, intuición, creatividad, capacidad de interactuar y relacionarse con las personas estableciendo un vínculo. Las cualidades técnicas son quizás las mayormente extendidas y engloban a las habilidades de manejo técnico de equipo y procedimientos, y que sin embargo ésta circunstancia no le proporciona mayor importancia frente a las demás cualidades, puesto que se ve influenciada la mayoría de las veces por necesidades médicas.

Por último las cualidades intelectuales permiten la toma adecuada e informada de decisiones, incluyen el análisis crítico, el juicio clínico, la aplicación de conocimientos producto de la reflexión y el razonamiento, así como a la constante necesidad de poseer los suficientes elementos para permitirle a la persona hacerse cargo de sí misma, “haciendo reales las posibilidades que provienen de su interior y dar sentido a sus experiencias de salud y a su vida” ⁵².

Continuando en este orden de ideas el proceso del cuidado cobra un sentido muy importante para la propia Enfermera y el individuo, por consecuencia aporta significativamente a la profesión.

⁴⁹ Gordón M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ra ed. Mosby-Doyma México 1996; p.10

⁵⁰ Urden L., Lough M., Stacy K. Cuidados intensivos en Enfermería. Tomo I Harcourt-Brace Madrid 1998; p 3-9

⁵¹ Riopelle L. et al op. cit. p.337

⁵² Kérouac op. cit.p.77-79.

Para la Enfermería implica la satisfacción de necesidades personales, organizar el tiempo y el cuidado, ordenar medios y recursos, permitir el desarrollo profesional⁵³, establece la base para un lenguaje propio, permite establecer un puente entre la teoría y la práctica, la evaluación y continuidad el cuidado y el desarrollo de líneas de investigación propias de la enfermería así como la practica independiente.

Al individuo le permite involucrarse y compartir con su familia el desarrollo de su experiencia de salud, para salir fortalecido y recibir cuidados individualizados y continuos.⁵⁴

1.2 Consideraciones éticas

El presente caso clínico está basado en las disposiciones que establece la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, el código de ética de enfermería y los principios de la bioética.

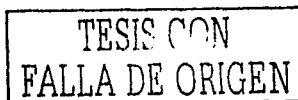
El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación establece en el artículo 13 que en la investigación en seres humanos deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Además en el artículo 14 se establecen las bases en las que se desarrolla todo proyecto de investigación, en estas destaca a fracción I y V, en ésta última menciona que es preciso establecer un consentimiento informado por escrito, firmado por el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, como es el caso de los niños o niñas menores de edad. (Ver anexo)

Por otra parte la fracción VII de éste mismo artículo señala que todo estudio contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética para su realización.

⁵³ Hernández C. op. cit. p.131

⁵⁴ Alfaro R. op.cit. p.14



La presente investigación se considera con riesgo mínimo, según el artículo 17 de esta misma ley, pues se registrarán datos a través de exámenes físicos, como la toma del peso y talla, entre otros.⁵⁵

Se apega a los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia, así como a los valores de veracidad, honestidad, humanismo, dignidad, paciencia y solidaridad entre otros que se consideran como virtudes de la práctica de la enfermería.⁵⁶

II. METODOLOGÍA

2.1 Descripción genérica del caso

J.L. nació el 9 de Mayo de 1997, a la fecha tiene 4 años 6 meses, procede de la “Casa de la Sal”, una institución que atiende a niños con VIH y SIDA. Ingresó al Hospital Infantil de México el día 22 de Diciembre de 2001. Una Trabajadora Social de dicha casa está a cargo del niño, sin embargo, no se logró establecer contacto con ella durante el seguimiento del caso dentro del hospital.

Se desconoce el nombre, domicilio, escolaridad y estado de salud de su padre. Su madre falleció y se desconocen otros datos de ella; por lo que se obtuvo información del expediente del niño.

Como antecedentes familiares de importancia se sabe que su madre muere por SIDA en Diciembre de 1999, una hermana de 8 años de edad es portadora (VIH positivo) y tiene un hermano aparentemente sano del que se desconoce su edad; no se tienen datos de las relaciones familiares entre los niños y sus padres antes de que la madre falleciera o si ha existido contacto entre los hermanos después de este hecho.

Se desconocen antecedentes personales, aparentemente fue producto de un embarazo normoevolutivo, obtenido por parto eutócico, se desconocen alergias, esquema de vacunación y tareas del desarrollo. Acude al hospital por presentar otitis recurrentes, que

⁵⁵ México. Ley General de salud Edit. Porrúa México 1995. p.411-416

⁵⁶ Amaro C., Marrero L., Valencia, Blanca C., Moynelo H. Principios de bioética En: Revista Cubana de Enfermería. 1196; 12(1)

no responden a tratamiento con antibiótico. Actualmente se le ministran Ritonavir V.O. 200mg, Saquinavir V.O. 200mg. c/12h, DDI 50mg V.O. c/12h, D4T V.O. 15mg c/12h; Clindamicina 40mg/kg/día, Cefotaxima 100mg /kg/día IV, Ciprofloxacina ótica 3gotas en cada oído c/8 h.

En cuanto a su necesidad de alimentación, consume sus alimentos en horarios del hospital (8:30, 12:30 y 13:30), sus alimentos son enteros y picados, come sin ayuda y sin compañía en su unidad, prefiere consumir alimentos de consistencia blanda, fruta, pan y dulces, rechaza la sopa y alimentos de consistencia dura, toma 2 tazas de leche al día, no ingiere otros líquidos sólo los que se le proporcionan con los medicamentos, mezcla los alimentos, la mayor parte del tiempo, utiliza las manos, y esporádicamente come con cuchara, derrama los alimentos sobre si mismo y al piso. Pesa 13,400grs y mide 89cm.

Elimina en pañal, sus heces son blandas color café-verdoso (1 en 8 horas), la orina es clara (2 en 8 horas), no le incomoda estar sucio o haber evacuado.

Al valorar la necesidad de oxigenación se observó que su pulso es regular 116 x min. , su frecuencia respiratoria es de 28 x min. , no tiene dificultad respiratoria y su coloración de piel es ligeramente pálida. Se desconoce su ritmo de descanso y sueño, solo se ha podido observar que duerme por ratos en las tardes y noches, es hiperactivo, permanece irritable por tiempo prolongado.

Viste bata hospitalaria, con higiene deficiente, no puede realizar el lavado bucal ya que no cuenta con los instrumentos necesarios para ello y además se desconoce si ha tenido la instrucción o ha visto a los demás niños lavarse los dientes.

Responde al tacto, los sonidos y a su nombre si éste se repite dos o más veces, habla con personas que visitan a otros niños y personal del hospital, se dirige a cualquier persona con el nombre de "mamá" no importando su edad o sexo, cuando requiere algo lo expresa señalándolo o bien haciendo sonidos y gestos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Podría ser considerado como alegre, pero se torna agresivo al hacer “berrinches” y cuando quiere consumir dulces en exceso; cambia bruscamente de estados de ánimo. Generalmente juega solo, con sus juguetes (un oso, un muñeco de plástico y uno de peluche) y con adultos esporádicamente cuando se le acercan.

Carece de figura materna y paterna, se muestra interesado en las actividades que realizan los otros padres con sus hijos, abraza a cualquier persona que conoce, convive con el personal del hospital la mayoría del tiempo, recibe continuamente dulces y juguetes.

En la casa hogar como en el hospital está expuesto a adquirir alguna infección oportunista, ya ha presentado anteriormente cuadros de otitis y cuadros enterales.

A la exploración física es un preescolar masculino, de edad aparente menor a la cronológica, activo, sonriente, hiperactivo, tiende a ser agresivo en situaciones que no le son agradables. Presenta ligera palidez de tegumentos se observa íntegro, sin malformaciones aparentes y en posición libremente elegida, con venoclisis en miembro superior derecho.

Su es cabello negro, despeinado y corto, aparentemente bien implantado, sin embargo, se observan cabellos en su ropa y cama. El cráneo se palpa sin exostosis ni hundimientos; frente pequeña, cejas delgadas, pestañas semi-pobladas, sin infestaciones. Los ojos son simétricos, las pupilas normorreflexicas (los reflejos fotomotor, motomotor y consensual están presentes). El pabellón auricular bien implantado, no tolera movimiento de éste. Los oídos con secreción escasa, semilíquida y exudado blanquecino discreto. La membrana timpánica con pérdida de la continuidad.

Se observan restos de alimento en zona peribucal, con queilosis en comisuras labiales, ausencia de dientes incisivos superiores e inferiores, caninos superiores con casquillo, el resto de piezas dentales con amalgamas. Se ve adecuada movilidad de la lengua, papilas gustativas hipertróficas, con adecuada coloración e hidratación de carrillos, encías

ligeramente inflamadas, paladar integro, úvula bífida y se observa hipertrofia amigdalina grado 1.

Cuello corto, integro, simétrico, se observa pulso carotideo, pliegues normales, con adenomegalias de aproximadamente 1cm, las cuales son retroauriculares, cervicales (superficiales y posteriores), amigdalinos y submandibulares, redondeados, firmes, simétricos, con ligera movilidad y dolor a la palpación. La traquea se palpa central y móvil y el cuello se palpa con adecuada fuerza y tono muscular.

Tórax es simétrico, cilíndrico, con múltiples cicatrices menores de 1cm. redondeadas, distribuidas en toda la superficie, con movimientos de amplexión y aplexación simétricos, se palpa frémito vocal. A la percusión se escucha claro pulmonar, y a la auscultación se escucha murmullo vesicular, con ruidos cardiacos normales sin ruidos agregados.

Abdomen redondo, blando, sin megalias, con resistencia muscular a la palpación; a la percusión sonido mate en cuadrante superior derecho e inferior izquierdo, timpánico en cuadrante superior derecho e inferior izquierdo, ruidos peristálticos presentes. Se observa eritema, vesículas y prurito en área perineal, no hay retracción del prepucio, y los testículos están presentes en el escroto.

En miembros superiores e inferiores se observa piel seca con despigmentación y cicatrices. Las manos estaban sucias, con uñas largas y restos de adhesivo a nivel del codo en miembro superior derecho, presenta descamación en falanges distales y dorso de ambas manos. Se perciben pulsos braquial, radial, femoral y poplíteo. El llenado capilar fue de 3 segundos. Presenta movimiento limitado de la muñeca, disminución del tono muscular de dos cruces, en miembros inferiores, la marcha es inestable con la base de sustentación amplia, no existe balanceo de brazos, no mantiene equilibrio sostenido sobre un pie, puede caminar de talones y puntas pero no en línea recta, de lo que se puede deducir que tiene un retraso en el desarrollo psicomotor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con la escala de Denver se encontró que existe en los ámbitos personal-social, motriz fino-adaptativo, lenguaje y motriz grueso un retraso en el desarrollo con el nivel de un niño de tres años de edad en tanto que su edad cronológica es de 4 años y medio.

2.2 Variables e indicadores

Se establecieron como variables las 14 necesidades básicas de la Filosofía de Virginia Henderson.

Los indicadores son los datos obtenidos de las valoraciones focalizadas, la exploración física y la historia clínica; que se traducen en grados de dependencia y fuentes de la dificultad (fuerza, voluntad, conocimiento) de cada necesidad.

Se establecieron los grados y duración de la dependencia, en cuanto al grado se considero al continuum independencia-dependencia, el cual tiene 6 niveles (ver página 10); mientras que referente a la duración de la dependencia se estableció que puede ser temporal (días, semanas, meses) o permanente⁵⁷.

2.3 Procedimientos e instrumentos de valoración

Para el análisis cualitativo se utilizó la filosofía de Virginia Henderson a través del Proceso de Enfermería.

La valoración de Enfermería se realizó en forma general y focalizada. En la valoración general se empleó la revisión del expediente clínico y la exploración física; estos datos se obtuvieron de acuerdo con las catorce necesidades básicas y se recopilaron en un instrumento denominado "Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0-5 años." (Ver anexo)

⁵⁷ Phaneuf M. op. cit. p.30-32

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dicho instrumento consta de 8 apartados; datos demográficos, antecedentes y mapa familiar, antecedentes individuales, valoración de las necesidades, jerarquía de las necesidades, jerarquía de los diagnósticos, plan de atención y plan de alta.

Para la valoración focalizada se empleó el instrumento "Hoja de actividades diarias en la práctica", en el cual se presenta una necesidad y los diagnósticos que corresponden a ésta. (Ver anexo)

Se realizaron ocho seguimientos directos y a través de la clínica de VIH/SIDA, la duración aproximada de cada uno fue de 2.5 horas en promedio; se consideraron que las necesidades afectadas en este caso son las siguientes, jerarquizadas en orden de importancia:

- ❖ Seguridad y protección
- ❖ Higiene y protección de la piel
- ❖ Aprendizaje
- ❖ Alimentación e hidratación
- ❖ Eliminación
- ❖ Descanso y sueño
- ❖ Juego
- ❖ Comunicación
- ❖ Movimiento y buena postura
- ❖ Vestirse y desnudarse
- ❖ Vivir según sus creencias y valores
- ❖ Realizarse

Las demás necesidades no presentaron manifestaciones de dependencia (Oxigenación y mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales), sin embargo la alteración de una influye en todas las necesidades pues están relacionadas en mayor o menor grado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4 Proceso de diagnóstico

Para el establecimiento de los diagnósticos se observó el problema de dependencia, las fuentes de la dificultad y las manifestaciones de dependencia. Se estructuraron con el formato **P.E.S.** para los diagnósticos reales, mientras que para los diagnósticos de riesgo se considera el problema y la etiología, así también se empleó el sistema de notación de la NANDA, con las modificaciones necesarias al caso por estudiar.

Se establecieron 11 diagnósticos reales; se señalaron tres tipos de intervenciones: Independientes, Interdependientes y Dependientes. Las independientes son de competencia de la Enfermera y las realiza en forma autónoma, las interdependientes se realizan en colaboración con otros profesionales de la salud y las dependientes son aquellas que le son delegadas a la enfermera.

Una vez formulados los diagnósticos de Enfermería específicos, se establecieron las prioridades clasificándolos en orden de importancia; en prioridad alta, intermedia y baja.

La prioridad alta requiere intervención inmediata pues existe amenaza para la vida, la intermedia se refiere aquellos que no ponen en riesgo la vida del niño, pero que requieren un seguimiento estrecho y la prioridad baja se refiere a las necesidades que no están directamente relacionadas con la enfermedad o pronóstico pero pueden afectar su futuro bienestar a largo plazo. (Potter P. et al. 1996)

A continuación se muestran los diagnósticos de Enfermería:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dependencia inicial	Diagnóstico de Enfermería	Dependencia al término
Dependencia permanente, grado 6.	11-12-2001 -Alto riesgo de infección a cualquier nivel relacionado con disminución de la inmunidad celular (infección por VIH).	Dependencia permanente, grado 5.
Dependencia temporal, grado 5	-Alteración de la integridad de la piel perineal relacionada con falta de higiene manifestado por eritema, vesículas y prurito en área genital y perineal.	Dependencia temporal, grado 3
Dependencia temporal, grado 3.	11-12-2001 -Deficiente higiene bucal relacionada con falta de instrucción manifestada por múltiples caries y ausencia de dientes frontales superiores.	Dependencia temporal, grado 3
Dependencia temporal, grado 3.	-Déficit de conocimientos relacionado con falta de instrucción en el control de esfínteres manifestado por evacuaciones y micciones en el pañal.	Dependencia temporal, grado 3
Dependencia temporal, grado 3.	13-12-2001 -Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta menor a los requerimientos corporales manifestado por queilosis en comisuras labiales, despigmentación de la piel, peso real de 13,400grs y talla de 89cm por debajo del percentil 3 lo esperado para su edad es una talla de 106 cm y un peso de 17,700grs (percentil 50) y una edad ósea en la percentila 3 para la edad.	Dependencia crónica, grado 3
Dependencia permanente, grado 5.	13-12-2001 -Ausencia de las figuras paternas relacionado con entorno desfavorable manifestado por expresiones verbales de nombrar a los adultos "maná" y expresiones afectivas con abrazos.	Dependencia temporal, grado 3
Dependencia temporal, grado 5.	-Deterioro de la interacción social relacionado con ausencia de personas significativas manifestado por berrinches y agresividad, cambios bruscos de estado de ánimo (tiende a pegar).	Dependencia temporal, grado 3
Dependencia temporal, grado 5.	14-12-2001 -Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno hospitalario manifestado por juego solitario y aburrimiento.	Dependencia temporal, grado 3
Dependencia permanente, grado 5.	-Alteración de la comunicación verbal relacionada con disminución de la capacidad auditiva manifestado por no responder a estímulos verbales y retraso en el desarrollo del lenguaje (dislalias, alteración del ritmo).	Dependencia crónica, grado 3
Dependencia temporal, grado 3.	14-12-2001 -Alteración del patrón del sueño relacionado con entorno sobrestimulante manifestado por irritabilidad, agresividad e hiperactividad.	Dependencia temporal, grado 3
Dependencia temporal, grado 5.	14-12-2001 -Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con debilidad motora gruesa, manifestado por disminución del tono muscular en piernas y marcha tambaleante.	Dependencia temporal grado 3.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.5 Plan de intervenciones

Alto riesgo de infección a cualquier nivel relacionado con disminución de la inmunidad celular (infección por VIH)

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
Seguridad y protección	Falta de fuerza (inmunosupresión, desnutrición, vivir en un hospicio), falta de conocimiento (precauciones estándar), de orden psicosocial (ausencia de padres)	Permanente, grado 6	Alta

Objetivo:

Detectar tempranamente infecciones oportunistas y prevenir complicaciones.

Intervenciones:

1.- Intervención independiente

Valorar continuamente la presencia de los siguientes signos y síntomas:

- a) Dolor de oídos, fiebre, irritabilidad, se toca constantemente los pabellones auriculares, otorragia.
- b) Dermatitis en cualquier segmento de la piel incluyendo periné, lesiones (máculas, pápulas, erupciones, equimosis, nódulos, petequias, áreas de eritema con “costras mielicéricas” o exudados, presencia de restos de cinta adhesiva, de alimentos)
- c) En boca; eritema, edema de encías, lengua o carrillos, presencia de lesiones eritematosas, vesículas o placas blanquecinas, sabor raro en la boca, dolor o dificultad para ingerir y deglutir alimentos.
- d) Diarrea acuosa o semilíquida, malestar, náuseas, retortijones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- e) Déficit cognitivo y motor, problemas con la expresión verbal, déficit de atención e hiperactividad.
- f) Tos seca, no productiva, fiebre, disnea o taquipnea, tos, sibilancias, e hipoxemia progresivas.

Fundamentación:

El agente causal, lesiona el sistema inmunológico, infecta y disminuye los linfocitos CD4, estos linfocitos participan directamente en la regulación del sistema inmunológico, además de que también se provocan anomalías en la función de células B, CD8, células asesinas naturales, monocitos y macrófagos (Neltina 1994,p.1328). La falta de inmunidad progresiva e irreversible conduce a infecciones secundarias por gérmenes oportunistas, en los distintos órganos y sistemas de la economía.

Los agentes irritantes en la piel pueden romper con la primera barrera de defensa, provocando alteración de la continuidad de esta y la susceptibilidad a infecciones oportunistas.

El tratamiento precoz a menudo puede evitar grandes complicaciones y aumenta la posibilidad de una respuesta favorable al tratamiento. (Carpenito, 1994 p.344). El empeoramiento de los síntomas puede ser indicativo de que la enfermedad se esta exacerbando. (IMSS, p.19)

2.- Intervención independiente

Favorecer una alimentación equilibrada rica en proteínas y vitaminas, manteniendo una hidratación adecuada y restringiendo el consumo de verduras y frutas crudas.

Fundamento:

Una dieta nutritiva proporciona al niño energía para su crecimiento y desarrollo, para aumentar los sistemas de defensa y la resistencia a infecciones (Carpenito,1994 p.344).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las proteínas cumplen varias funciones dentro del organismo, como son la inmunitaria, la constitución de tejidos corporales y la liberación de energía; mientras que las vitaminas son necesarias para el crecimiento, la conservación y reparación de los tejidos del cuerpo y la regulación de procesos orgánicos (Dugas, p.207-208); en este caso debido a la enfermedad el índice metabólico aumenta y son necesarias mayores cantidades de alimentos de los cuatro grupos básicos, en particular proteínas y vitaminas.

Una adecuada hidratación impide que se produzca una orina concentrada con altos niveles de bacterias.(IMSS, p.19)

3.-Intervención independiente

Mantener una higiene corporal y ambiental estricta siguiendo las precauciones estándar tanto para el niño como para todo el personal que este en contacto con él:

- a) Lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, así también después de tocar cualquier fluido o secreción del niño
- b) Utilizar guantes desechables cuando se toquen secreciones, tendrán que ser estériles cuando impliquen el contacto con áreas del cuerpo normalmente estériles, contacto con membranas mucosas, exista el riesgo de contacto con sangre o secreciones, exista perdida de la integridad de la piel en el niño o en el personal que le cuida, venopunciones, extracción de sangre; es conveniente lavarse las manos después de quitarse los guantes.
- c) Se empleará bata y/o cubrebocas con escudo facial, si se presenta el riesgo de salpicaduras, procurando lavarse las manos después de retirar la bata.
- d) Considerar como fluidos y secreciones contaminadas a la sangre, semen, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, pleural, peritoneal y pericárdico; la orina, las heces, secreción nasal, esputo y vómito cuando estén contaminados con sangre visible.
- e) No compartir cepillos de dientes, cortaúñas, ni instrumentos contaminados con sangre o algún otro fluido mencionado.

- f) Todo material y equipo utilizado en la atención del niño que este expuesto a dichas secreciones deberá ser esterilizado y desinfectado; el equipo tendrá que colocarse en una solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 5%) y posteriormente esterilizarse, la ropa contaminada se desinfecta de igual manera; el material dèsechable o desechos sòlidos contaminados tienen que dejarse en una bolsa con solución de 1:10 de cloro al 5% para su posterior incineración.
- g) Evitar la convivencia con mascotas

Fundamento:

Ciertas enfermedades son susceptibles de aparecer en individuos inmunocomprometidos y aquellos que no toman medidas de higiene adecuadas amenazando su integridad física (Riopelle, p.203), de esta forma el empleo de la higiene y las precauciones estándar reducen el riesgo de infecciones (Walley y Wong p.615)

El conocimiento y aplicación de las precauciones estándar puede reducir el riesgo de la transmisión. Las precauciones estándar están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos en sangre y otros fluidos corporales. (Ponce p. 13)

El lavado de manos es una de las formas más importantes de prevenir la diseminación de cualquier infección.

Los guantes y la bata proporcionan una barrera contra el contacto con secreciones y excreciones infectadas. (Carpenito 1994 p.346-348)

La sangre, otros fluidos y líquidos corporales en personas con VIH contienen partículas virales que son potencialmente infectantes, el compartir objetos personales potencialmente contaminados o un contacto accidental aumenta la posibilidad de diseminación de la infección.(CONASIDA, 2000 p.37)

Los animales a menudo portan patógenos peligrosos para los niños inmunocomprometidos. (IMSS; p.18)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.-Intervención independiente

Tomar en cuenta las siguientes precauciones cuando se manejen objetos punzo-cortantes:

- a) Desechar las agujas y objetos punzo-cortantes en contenedores de plástico rígido, o en su defecto colocarlos en una lata o contenedor con hipoclorito de sodio al 5% en una dilución de 1:10, para posteriormente incinerarlos o esterilizarlos.
- b) Nunca reencapuchar las agujas, doblarlas o romperlas.

Fundamento:

El riesgo de que el personal de salud adquiera la infección por VIH, debido a un accidente con objetos punzo-cortantes contaminados, principalmente con sangre es de 0.1% (pinchazo con aguja contaminada), sin embargo, el contacto de fluidos o líquidos corporales contaminados a través de salpicaduras en heridas, mucosas orales y conjuntivas constituye un riesgo importante. (CONASIDA, 1997 p.2)

Un manejo adecuado de los desechos evita que el personal dedicado a la recolección y transporte se exponga a la infección. (CONASIDA, 1997 p.46)

5.-Intervención independiente

Emplear medidas de aislamiento inverso restringiendo el contacto del niño con otros pacientes, visitas o personal que presenten enfermedades contagiosas, mantener un entorno limpio, no realizar procedimientos invasivos a menos que sea totalmente necesario.

Fundamento:

El aislamiento inverso permite proteger al niño y evita la exposición a microorganismos patógenos (Morgan p.114-115).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.-Intervención dependiente

Administrar terapia antirretroviral de acuerdo a lo siguiente:

12-Dic.-2001

- a) Ritonavir 200mg V.O. cada 12h. Debe tomarse con alimento y mezclarse con chocolate en leche o vainilla, también antes de dar el medicamento darle al niño naranja parcialmente congelada o aplicarle en la lengua mantequilla de cacahuete o sal.
- b) Saquinavir 200mgV.O. cada 12h. Tomarse con una comida abundante. NO TOMAR CON AMIODARONA, ASTEMIZOL, BEPRIDIL, BUPROPION, CISAPRIDA, CLOZAPINA, ENCAINIDA, FLECAINIDA, MEPERIDINA, PIROXICAM, PROPAFENONA, PROPOXIFENO, QUINIDINA, RIFABUTINA, TERFENADINA, DIACEPAM Y FLURACEPAM.
- c) Didanosina (Ddl) 50mg V.O. cada 12h. con el estómago vacío 1 a 2 horas después de los alimentos, después de preparar la solución mantenerla en refrigeración
- d) Stavudina (D4T) 15mg V.O. cada 12 horas Puede tomarse con o sin alimento, la solución debe mantenerse en refrigeración

Fundamento:

La terapia antirretroviral pretende favorecer o restablecer el crecimiento y el desarrollo normales, prevenir las infecciones y cánceres que implica la enfermedad, incrementar la supervivencia, mejorar la calidad de vida de los niños con VIH, obtener la máxima supresión de la replicación viral y retrasar el desarrollo de mutaciones relacionadas con la resistencia. Los esquemas combinados permiten un tratamiento más potente, con menos probabilidad de resistencia (Kline, p.15), en este caso se utilizan dos Inhibidores de la Proteasa (IP) y dos Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos a Nucleósidos (INTRAN).

-El Ritonavir y el Saquinavir: Evitan que la proteasa divida a otras proteínas en fragmentos útiles para que sean utilizados para infectar a otras células CD4.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

-El DdI y el D4T son Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos actúan bloqueando la transcriptasa reversa, una proteina del VIH, evitando que el ARN cambie a ADN y se puedan reproducir más virus.(Kline,p.8)

7.-Intervención independiente

Observar efectos adversos de:

- a) -Ritonavir: Tiene sabor amargo, produce nausea, vómito, diarrea, pancreatitis, neuropatia periferica, dolor abdominal
- b) -Saquinavir: Puede producir diarrea, molestias, abdominales y nausea
- c) -DdI: Es posible que se presenten diarrea, dolor, abdominal, nausea
- d) -D4T: Se puede presentar nausea, vómito, dolor abdominal, diarrea, alteraciones del sueño, erupción cutánea

8.-Intervención dependiente

Administrar antibióticos:

- a) Cefazidima (100mg /k /d) 450mg cada 8 horas
- b) Clindamicina (40mg/ k/ d) 178mg cada 8 horas
- c) Ciprofoxacina ótica 3 gotas en cada oído cada 8 horas

Fundamento:

Los niños con VIH pueden presentar infecciones oportunistas o bien bacterianas en forma frecuente, como lo son las otitis. El niño anteriormente había recibido tratamiento con amoxicilina-clavulanato y ciprofloxacino (otico), sin respuesta favorable, por lo que establecio este esquema para combatir a la Pseudonoma, Stafilococos acurus y Sreptococo Pneumoniae .

La Cefazidima es una cefalosporina de tercera generación, antibiótico de amplio espectro, se indica en individuos con inmunosupresión, puede emplearse en combinación con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

amunoglucosidos, tiene gran actividad frente a cocos gram positivo, negativo y Pseudomonas sp.

La Clindamicina es un antibiótico, no nefrotóxico, eficaz contra las bacterias gram positivas resistentes a la penicilina y cocos gram positivos aerobios.

Ciprofoxacina es un antibiótico del tipo de las quinolonas, es nefrotóxico, se emplea en otitis de origen bacteriano, en especial por Pseudomonas y Stafilococos (Vademecum internacional 2002).

9.-Intervención dependiente

Vigilar el estado de vacunación atendiendo a lo siguiente:

- a) No aplicar la triple viral (Sarampión, parotiditis y rubéola) o la monovalente con antisarampión si la inmunosupresión es grave.
- b) La vacuna contra la polio SABIN, debe ser substituida por la de virus inactivados SALK, también es aconsejable que no éste en contacto con otros niños que hayan recibido la vacuna SABIN en as últimas dos semanas.
- c) Es INDISPENSABLE la vacunación contra Haemophilus influenzae y Neumococo.
- d) Es aconsejable la vacuna contra la varicela, en niños con sintomatología leve.
- e) La vacunación NO DEBE SER DIFERIDA y cuando esté expuesto a un contacto con enfermedad prevenible, como sarampión o tétanos, debe ser considerado susceptible y recibir inmunoprófilaxis pasiva, aunque tenga al corriente el esquema de vacunación

Fundamentación:

Los niños con VIH requieren cuidados que se tienen con un niño normal, como lo es un esquema de vacunación completo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La aplicación de vacunas para prevenir enfermedades virales, pueden en el caso de los niños inmunocomprometidos, como los que padecen VIH, provocar la presentación de dichas enfermedades pues contienen virus vivos atenuados.

Si la vacunación se difiere el deterioro inmunológico continua progresivamente y puede incrementar la pérdida de la eficacia vacunal. (CONASIDA, 2000 p.124-125)

Evaluación:

Después de la aplicación de los antibióticos se logro controlar el proceso infeccioso (otitis media), no presentó signos de infección adicionales ni fiebre, en apariencia no presento efectos adversos de los medicamentos, se observó la aplicación de las precauciones estándar, el estado de vacunación no pudo ser corroborado en el expediente, observandose un nivel de dependencia permanente y un grado 5; en el último seguimiento (19-Dic.-2001) presento vesículas eritematosas agrupadas y prurito en miembros superiores, indicadonse por el médico aplicación de oxido de zinc en las lesiones, de esta forma continua en el mismo grado y nivel de dependencia inicial.

Alteración de la integridad de la piel perineal relacionada con falta de higiene manifestado por eritema, vesículas y prurito en área genital y perineal.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Seguridad y protección -Higiene y protección de la piel	Falta de fuerza (inmunosupresión, desnutrición, perdida de la continuidad de la piel, humedad, restos de evacuaciones y orina), falta de conocimiento (hábitos higiénicos).	Temporal, grado 5	Media

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Objetivo:

El niño recuperará la integridad de la piel através del aseo y protección del área perineal en el transcurso de tres semanas.

Intervenciones:

1.-Intervención independiente

Valorar el estado de la piel perineal, observar la presencia de eritema, vesículas, laceraciones, dolor, sangrado o restos de heces fecales.

Fundamento:

La inspección frecuente permite la detección y el tratamiento inmediato de las zonas enrojecidas para prevenir el daño a la integridad cutánea pues la humedad y residuos favorecen la perdida de la integridad cutánea (Morgan, p.109, 145)

2.-Intervención independiente

Realizar el cambio de pañal las veces que sea necesario (evacuación y orina), atendiendo a las precauciones estándar.

Fundamento:

El contacto de la piel con las evacuaciones y orina, puede causar lesiones cutáneas debido a la acidez de la orina y de las heces fecales (Walley y Wong p.283 y Olds p. 891); a mayor tiempo de exposición a sustancias proteolíticas de la orina y heces, mayor probabilidad de lesión.

Las precauciones estándar son las más apropiadas para evitar el riesgo de exposición ocupacional al VIH incluyen; el lavado de manos antes y después de tener contacto con los pacientes; usar guantes cuando se va a tener contacto directo con sangre o secreciones, incluyendo heces y orina que pudiesen contener sangre visible u oculta y que la piel del

niño o el personal que le cuida no esté intacta, deben cambiarse después de manejar a cualquier paciente y lavarse las manos después de quitárselos. (CONASIDA 1997, p. 38-40)

3.-Intervención independiente

Realizar aseo del perineo con agua y jabón neutro después de cada cambio de pañal mojado o con evacuación, manteniendo la piel limpia y secando sin frotar.

Fundamento:

El aseo evita que la piel continúe expuesta a las heces y la orina (Walley y Wong p.283) No utilizar productos perfumados o con colorantes, ya que pueden provocar irritación al absorberse (Lund C. et al p.19) Secar suavemente y sin frotar reduce la irritación (Morgan p.51)

4.-Intervención dependiente

Aplicar ungüento con vitamina A, óxido de zinc o petrolato, después del aseo del perineo; si se trata de una reaplicación retirar con aceite mineral el ungüento sucio y proceder al aseo.

Fundamento:

La vitamina A participa en el crecimiento de células epiteliales que componen la piel (Olds p.404); el óxido de zinc proporciona una capa aislante y permite la regeneración del tejido (Walley y Wong, p.283); el petrolato es un emoliente que conserva el agua en el estrato corneo, previene la resequedad excesiva y las fisuras. (Lund C, et al. p.19)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.-Intervención independiente

Permitir que existan periodos cortos de exposición del área perineal .

Fundamento:

El pañal conserva humedad en la piel perineal provocando aumento en la sudoración y concentrando las sustancias químicas que la irritan. (Dominguez, 1996 p.7)

6.-Intervención independiente

Enseñar al niño la importancia de mantener las manos lejos de las lesiones y sin rascarse.

Fundamento:

Esta medida ayuda a evitar el aumento de las lesiones y su contaminación (Carpenito, 1994 p.76). El prurito se intensifica al estimular con el rascado las terminaciones nerviosas (Carpenito, 1994 p.119)

7.-Intervención independiente

Explicar a los cuidadores del niño la importancia del cambio frecuente de pañal y la protección de la piel; así como el examen frecuente de la piel perineal en busca de signos de lesión.

Fundamento:

La inspección regular de la piel permite una rápida detección de la lesión. La implicación de los cuidadores primarios del niño fomenta su responsabilidad ante el cuidado del niño (Carpenito, 1994 p.295)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evaluación:

El rascado disminuyó, las lesiones no aumentaron, permanecieron limpias, disminuyendo el eritema e iniciando el secado de las mismas con descamación en los bordes; por lo que se considero que el nivel de dependencia es temporal, grado 3. En cuanto a la falta de conocimiento se observo que el niño manifestaba estar sucio e interesado por el cambio de pañal, sin embargo, se abordó la falta de conocimientos de hábitos higiénicos conjuntamente con otros diagnósticos.

Deficiente higiene bucal relacionada con falta de instrucción manifestada por múltiples caries y ausencia de dientes frontales superiores.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Aprendizaje -Seguridad y protección -Higiene y protección de tegumentos	Falta de conocimiento (cepillado de dientes), falta de fuerza (inmunosupresión, desnutrición).	Temporal, grado 3	Media

Objetivo:

El niño mantendrá una higiene dental adecuada a través de la adquisición de hábitos higiénicos, en un plazo no mayor de un mes.

Intervenciones:

1.-Intervención independiente

Fomentar el lavado dental después de ingerir alimentos, entremeses o dulces y antes de acostarse y el consumo de alimentos de los cuatro grupos, preferentemente alimentos que contengan vitamina A, D y C.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fundamento:

Los alimentos al ingerirse dejan en los dientes sustratos con base en azúcares (sacarosa) que es fermentada por las bacterias que aumentan al producción de ácido láctico y alteran el ph, destruyendo la estructura del esmalte produciendo la caries. (Marlow p.863 y Escobar p.406)

La nutrición desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la estructura de los dientes, así como de las encías y de la mandíbula que los sostienen; la vitamina A previene la hipoplasia dental, sin ella no se puede seguir la secuencia normal de maduración y crecimiento del hueso, encías y dientes; la vitamina D ayuda a reducir la caries, mientras que la vitamina C evita la gingivitis, la tendencia a hemorragias dentales, la desintegración del epitelio y la ulceración de las mucosas. (Escobar p.406)

2.-Intervención independiente

Realizar el lavado dental con un cepillo de cerdas de nylon blando de puntas redondeadas con una superficie de cepillado plana y un mango ancho y recto; de la siguiente forma: La parte superior del cepillo se coloca a lo largo de la superficie externa de los dientes superiores e inferiores con las puntas de las cerdas en un ángulo de aproximadamente 45 grados contra el borde de las encías. El cepillo se mueve en forma vibratoria o fricción, abarcando espacios pequeños, suavemente; de ésta manera se limpian las superficies internas de los dientes superiores e inferiores y las superficies de oclusión. Las superficies internas se limpian inclinando el cepillo verticalmente y realizando el cepillado hacia arriba y abajo con las cerdas sobre los dientes y encías; por último cepillar suavemente la lengua y carrillos.

Fundamento:

La eliminación de la placa dentó bacteriana a través de un cepillado adecuado evita la acumulación de depósitos blandos bacterianos que se adhieren a los dientes causando caries e inflamación de las encías. (Marlow p.864, Walley y Wong, p.329), además el

cepillado permite estimular la circulación gingival y estimula la queratinización de los tejidos, haciéndolos más resistentes a cualquier tipo de agresión. (Escobar, 2001, p.409)

3.-Intervención independiente

Recomendar al cuidador responsable visitas semestrales al odontólogo con el objetivo de: a) Aplicación tópica de fluor, b) vigilancia de la aparición de caries o rehabilitación en su caso, defectos en el esmalte y la realización de exámenes para detectar cualquier problema en el crecimiento dental.

Fundamento:

La evaluación periódica, se basa en la orientación preventiva para detectar en forma oportuna las infecciones oportunistas en la cavidad oral.

Se ha observado que la aplicación de fluor, reduce la frecuencia de las caries (Escobar, p.407)

Evaluación:

Las habilidades del cepillado no se lograron debido a que no hubo una correcta planeación del cuidado respecto a este problema de salud en el niño. Manteniéndose en un nivel de dependencia temporal con grado 3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Déficit de conocimientos relacionado con falta de instrucción en el control de esfínteres manifestado por evacuaciones y micciones en pañal.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Aprendizaje -Higiene y protección de la piel -Seguridad y protección	Falta de conocimiento (instrucción en el control de esfínteres).	Temporal, grado 3	Media

Objetivo:

Adquirirá habilidades y destrezas para el control de los esfínteres, en un lapso de tres meses

Intervenciones:

1.-Intervención independiente

Registrar durante el día las veces que el niño evacue y orina, los horarios de alimentación, esto apoyara a los cuidadores y al personal de enfermería, para establecer un esquema de instrucción para sentarse en el baño, de modo tal que el niño asocie la eliminación con el lugar.

Fundamento:

La capacidad para evacuar y orinar a voluntad en el baño depende de la maduración neuromuscular del niño (mielinización nerviosa) observándose el espaciamiento de las micciones y evacuaciones, distingue las sensaciones que esto implica y puede comunicarlo (Marlow, p.850)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

2.-Intervención independiente

Establecer un patrón de eliminación para facilitar que las evacuaciones y micciones se realicen en el baño; 15 a 20 minutos después de haber ingerido alimentos, al despertar,

antes de acostarse y cuando se observen conductas que indiquen que se va a presentar una evacuación o micción; permanecer con él, dentro del baño 5-10 minutos.

Fundamento:

La defecación suele ser más probable después de la comida, por el reflejo gastrocólico, inicia con la ingestión de líquidos y alimentos, desencadenando los movimientos peristálticos resultado de los reflejos duodenocólico y rectal (Dugas , p.276)

Al despertar seco existe gran probabilidad que se presente una micción, mientras que se pueden evitar micciones nocturnas, ni la vejiga se vacía antes de dormir.

3.-Intervención independiente

Proporcionar ayuda para sentarse en el baño, teniendo de preferencia apoyo en los pies y espalda; durante el tiempo de espera no se deben proporcionar juguetes, y es pertinente evitar dar sensación de prisa, sin obligar al niño a permanecer sentado, o castigarle si no evacua en el tiempo prescrito.

Fundamento:

La comodidad y el equilibrio que mantenga el niño durante la micción y evacuación le brindan seguridad (Marlow, p. 981)

No se permite jugar a niño durante estas sesiones de entrenamiento pues se desvía la atención del niño. (Marlow, p. 851)

El llevar un entrenamiento severo o con presión produce trastornos emocionales en el niño afectando otras áreas del desarrollo, que pueden conducir a la enuresis en comparación con un entrenamiento libre de estrés. (Breckenridge p. 214)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.-Intervención independiente

Elogiar los logros obtenidos hacia la independencia permitiendo su participación, animar al niño a continuar, mantener un entorno tranquilo, observar el avance, negación a ir al baño, posibles retrocesos o frecuencia de “accidentes”, cuando estos ocurran en el proceso de instrucción deben ignorarse. Establecer un sistema de recompensas para tratar de que el niño logre el control esfinteriano lo antes posible, este sistema lo puede iniciar el cuidador que tenga mayor acercamiento afectivo con el niño.

Fundamento:

Puesto que para el control de esfínteres es necesaria la maduración de la corteza cerebral y la coordinación de los músculos del diafragma, abdomen y pelvis, se necesita tiempo para que el niño aprenda su control (Breckenridge, p.212)

El elogio le resta importancia a los posibles fracasos que se hayan presentado en el entrenamiento, pues el niño espera de los adultos una respuesta agradable al entrenamiento y espera su aprobación. (Breckenridge .p. 215)

5.-Intervención independiente

Vestir al niño con ropa interior sin pañal, pueden utilizarse calzones de tela o calzoncillos entrenadores, si se inicia con esta medida no regresar al uso de los pañales.

Fundamento:

El uso de ropa interior puede convertirse en un incentivo para que el niño permanezca seco e indican una conducta más independiente, constituyéndose como un refuerzo positivo (Marlow, p.851)

El regreso a los pañales puede confundir al niño y prolongar el proceso (Graham Brooks, p.43)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.-Intervención independiente

Permitir al niño observe a otros de su mismo sexo, en la forma en que orinan.

Fundamento:

Muchas de las actividades que realizan los niños son aquellas que han visto en personas mayores u otros como ellos, tratando de imitarlas. En un comienzo de la instrucción se puede permitir al niño que orine sentado, pero al observar a otros por si mismo manifestara el deseo de orinar de pie. (Marlow, p.851)

Evaluación:

Durante su estancia hospitalaria se trato de dar instrucción al niño para el logro del control de esfínteres, sin embargo, debido a su corta estancia esto no se pudo lograr. Se sugirió a cuidador responsable en la casa hogar donde se encuentra el niño que se continuara el programa de entrenamiento de esfínteres. Por estas razones se estableció en un nivel de dependencia temporal, grado 3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con ingesta menor a los requerimientos manifestada por queilosis en comisuras labiales, despigmentación de la piel, peso de 13,400 gr. y talla de 89cm. por debajo del percentil 3 (talla y peso esperados para la percentil 50 17,700grs. y 106cm. Edad osea en la percentila 3)

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Alimentación y Seguridad y protección	Fuente de la dificultad de orden físico (alteración del gusto, problemas para desgarrar y masticar), sociológico y psicológico (falta de hábitos higiénico dietéticos).	Temporal, grado 3	Alta

Objetivo:

J. L. evidenciará una mejoría en el aporte nutricional por un incremento en la ingesta mediante la adquisición de hábitos y costumbres favorables para su alimentación.

Intervenciones.-

1.-Intervención independiente

Valorar el estado nutricional incluyendo el sistema gastrointestinal y el patrón habitual de alimentación:

- a) Pesar y medir el perímetro braquial al niño cada mes; para el peso es necesario hacerlo a la misma hora, antes de la primera comida en la mañana, sin ropa, en la misma báscula y por la misma persona y para el perímetro braquial se realizara por la mañana en forma conjunta con el peso, se realiza en el punto medio de la parte superior del brazo, con la extremidad colgando, en extensión y se registra la medida en centímetros.

- b) Inspección.- Observar la presencia de ulceraciones, lesiones, edema, enrojecimiento en encías, lengua, carrillos y labios, el grado de hipertrofia amigdalina, y edema o enrojecimiento de la faringe. Así mismo la coloración y características de la piel (despigmentación, descamación, lesiones). En abdomen evaluar tamaño, distensión o masas.
- c) Palpación.- Evaluar masas, megalias.
- d) Percusión.- Son normales timpanismo sobre el estómago a la izquierda y la mayor parte del abdomen, matidez por debajo del reborde costal derecho
- e) Auscultación.- Se pueden auscultar normalmente los ruidos intestinales cada 5-30 segundos, registrar su presencia o ausencia, características; auscultados en los cuatro cuadrantes del abdomen.
- f) Observar las características de la alimentación, presencia de apetito y /o nauseas, vómito así como sus hábitos para ingerir alimentos

Fundamentación:

Es preciso pesar al niño para controlar la ganancia o pérdida de peso. (Morgan, p.14) La medición del perímetro braquial proporciona datos sobre la cantidad masa muscular, que orienta sobre el consumo y utilización de proteínas.

La valoración proporciona los datos para identificar posibles alteraciones físicas (lesiones eritematosas en mucosas orales o placas blanquecinas, que pudiesen indicar la infección por Candida u algún otro germen oportunista). Los niños con VIH pueden presentar disminución del apetito, como consecuencia de alteraciones en el sentido del gusto, lesiones o dolor en la cavidad oral y por consecuencia una disminución en la ingesta de alimentos. (Walley y Wong , p.833-834). Así mismo las conductas de se puedan observar en cuanto a higiene y forma de consumir sus alimentos. conductuales respecto a la alimentación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.-Intervención independiente

Consultar al dietista del hospital sobre la alimentación del niño, ofreciéndole sus comidas favoritas siempre que sea posible:

- a) Alimentos de consistencia blanda o suaves, en trozos pequeños.
- b) Los alimentos no deben mezclarse.

Fundamento:

Consultar al dietista asegura que el niño reciba un aporte nutricional equilibrado, ofreciéndole sus comidas preferidas se procura que coma mayor cantidad de alimentos en cada toma, también puede distinguir sabores, y se mejora el apetito. (Morgan, p.95)

3.-Intervención independiente

Establecer un horario de alimentos ofreciendo comidas pequeñas y frecuentes a lo largo del día, pueden incluirse colaciones entre los alimentos y organizar los alimentos para que sean ingeridos primero aquellos con proteína, seguido de los hidratos de carbono.

Fundamento:

La distribución uniforme de la ingesta calórica total diaria, ayuda a aumentar el apetito. (Carpenito, p.708)

El horario es parte del desarrollo de hábitos que se convertirán en prácticas del niño para toda la vida. (Suddart, p.1193)

El permitir que los alimentos se ingieran en ese orden aumenta la probabilidad de que se consuman las calorías y proteínas necesarias. (Carpenito, p.708)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.-Intervención independiente

Su dieta debe incluir los alimentos de los 4 grupos básicos. Principalmente los alimentos ricos en Proteínas (leguminosas, alimentos de origen animal), hidratos de carbono (cereales y tubérculos, como la papa, el camote), Vitamina A (Hígado, leche, zanahorias, calabaza, espinacas) y Riboflavina (Huevo, espinacas, brocoli, legumbres)

Fundamentos:

Una adecuada alimentación aumenta la resistencia a infecciones, (Carpenito, p. 351) El asegurar una dieta rica en proteínas e hidratos de carbono permite cubrir las necesidades metabólicas y energéticas elevadas como es el caso de los niños con VIH. (Morgan, p.27) La Vitamina A y la Riboflavina coadyuvan al mantenimiento de la piel y tejido epitelial. (Walley y Wong, p.153-154)

5.-Intervención independiente

La hora de la comida no representará para el niño un castigo, chantaje o amenaza. En situaciones como la de este caso, los alimentos son la fuente de aprendizaje de sensaciones nuevas, se puede, con control, dejar que el niño coma con las manos.

Fundamento:

La alimentación forzada refuerza las conductas negativas y puede provocar desagrado por la comida. Debe tomarse en cuenta que es importante estimular la independencia. (Suddart, p.1192)

6.-Intervención independiente

Procurar que el personal que este a cargo del niño favorezca las relaciones interpersonales con él durante la alimentación y exista la compañía y asesoramiento de un adulto; en el hospicio los demás niños deben compartir la mesa con él. La hora de la comida debe ser tranquila, sin distracciones.

Fundamento:

Los preescolares están en un periodo de imitación e identificación, observa a otros en la mesa y repite lo que ve, el comer asume un significado social creciente, es por ello que la hora de la comida debe proporcionar contacto con otros de su edad, pero también adultos para aprender una conducta apropiada a la hora de comer, así como destrezas del lenguaje y comprensión de rituales del grupo. (Suddart, p. 1193)

El apetito se estimula en un ambiente relajado y agradable. (Carpenito p.206)

7.-Intervención independiente

Fomentar en el niño los hábitos higiénicos como el lavado de las manos antes y después de cada comida y después de ir al baño.

Fundamento:

Los hábitos higiénicos previenen la exposición a infecciones oportunistas. Es pertinente establecer estos hábitos pues es una oportunidad para aprender una conducta apropiada y continuar con éstos. (Suddart, p.1192)

8.-Al ministrar sus medicamentos antirretrovirales tomar en cuenta las recomendaciones citadas en la página 35.

Fundamento:

Es probable que las características y efectos adversos de los medicamentos influyan negativamente en la ingesta de los alimentos.

9.-Intervención independiente

Registrar la cantidad de alimentos ingerido, los hábitos conseguidos, las conductas respecto a los alimentos aún no resultas, alimentos desagradables, nauseas, vómito, diarrea o dolor a la ingesta de los alimentos o al deglutirlos.

Fundamento:

Proporciona datos para evaluar la calidad de la dieta, y es posible identificar las posibles modificaciones, dificultades, así como las necesidades de enseñanza. (Carpenito, p.707)

Evaluación:

Se observo durante su estancia en el Hospital un aumento en la ingesta de los alimentos, cuando se encontraba con compañía al comer. Derrama en menor cantidad los alimentos y puede limpiarse la boca y las manos con una servilleta. Se observa la necesidad de verificar su estado nutricio en su estancia en la casa hogar así como dar a conocer el plan a las personas encargadas de su cuidado para continuar con el seguimiento. Se considera en un nivel de dependencia temporal con una fuerte tendencia a la cronicidad, grado 3, pues se reporto el 19 de abril de 2002 una edad ósea retrasada y una pobre ganancia ponderal , en cuanto a peso y talla.

Ausencia de figuras paternas relacionado con entorno desfavorable manifestado por expresiones verbales de nombrar a los adultos como “mamá” y expresiones afectivas con abrazos.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Seguridad y protección	De orden psicológico y social (Fallecimiento de la madre, ausencia del padre, ausencia de personas significativas, estigmatización)	Permanente, grado 5	Alta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo:

El niño establecerá una relación terapéutica y de ayuda con adultos de distintos sexos.

Intervenciones:

1.-Intervención independiente

Observar la interacción social del niño con otros niños y adultos, particularmente: conductas egocéntricas, sentido de autonomía, independencia e iniciativa, imitación de la conducta de adultos, compartir con otros niños y disfrutar de su compañía.

Fundamento:

Los niños en edad preescolar empiezan a separarse del núcleo social donde están inmersos, integrándose cada vez más a grupos de su misma edad, fortaleciendo sus habilidades y madurando sus actitudes para la interacción con otros de una manera equilibrada. (Escobar, p.285)

2.-Intervención independiente

Para iniciar una relación de ayuda con el niño tomar en cuenta lo siguiente:

- a) Revisar la información sobre el niño antes de realizar un primer acercamiento
- b) Establecer con el niño las características de la relación de forma sencilla y veraz, presentarse dando el nombre y cargo, así como generalidades de actividades del turno y cambio de éste.
- c) Estar alerta en cuanto al comportamiento del niño puede poner a prueba los límites, la confianza y capacidad de la persona que le cuida.
- d) Identificar problemas importantes para el niño.
- e) Clarificar las funciones de la enfermera, dando el apoyo, afecto y seguridad necesarios, sin pretender cubrir el papel de madre del niño, únicamente como suplencia.
- f) Establecer acuerdos con el niño en relación a los cuidados e intervenciones.
- g) Propiciar la expresión de ideas, deseos y sentimientos, dando tiempo para expresarse o bien realizar dibujos o representaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- h) Es preciso pensar que la relación terminará en cierto lapso de tiempo y que puede ser difícil, sin embargo, es necesario que el niño tenga conocimiento de ello desde un inicio.

Fundamentación:

La interacción entre adultos y el niño muestra beneficios substanciales al desarrollo de los niños (Dennis, p.139).

La relación de ayuda permite a dos personas (niño-adulto) interactuar para enfrentar un problema de salud y adaptarse a una situación, permitiendo comprender al niño como un individuo íntegro. Una comunicación eficaz permite estimular la confianza (Walley y Wong p.582) retroalimenta positivamente, dirige la atención a puntos específicos y permite cambios que permiten el desarrollo y bienestar de la persona.(Potter, p.218-219).

3.-Intervención independiente

Estar física y emocionalmente accesible al niño, percibiendo sus sentimientos, tomando en cuenta sus puntos de vista y dándole la oportunidad de participar y retribuir durante el proceso.

Fundamentación:

Esto brinda la convicción de que los demás individuos son capaces de proporcionar ayuda, se crea un sentimiento de confianza (Potter p.220); la interacción afectuosa y frecuente proporcionan la imagen mental en el niño sobre el comportamiento de los hombres y las mujeres, formándose en el niño un prototipo o ideal. (Dennis, p.141-144)

El rol de la enfermera en este caso, consiste en cierta manera, en remplazar por medio de la relación de ayuda a las personas significativas que no estén presentes. (Phancuf, p.131)

4.-Intervención independiente

Mostrar por medio de dibujos y juegos con muñecos las características de hombres y mujeres, así como las distintas actividades que realizan, destacando el valor que todos como individuos poseen.

Fundamentación:

El conocer y realizar papeles de adultos es una forma de adquirir la convicción de que uno se convertirá en hombre o mujer, “tan magníficos como los adultos que le son importantes al niño”, en relación con un solo papel y con la interacción de unos con otros dentro de un grupo o familia, por lo que es necesaria una identificación con individuos del mismo género que tengan un sentido de valor personal (Dennis, p.142-143).

Evaluación:

El contacto con el niño fue estrecho estableciendo una relación duradera y significativa, fue posible que identificará al personal de enfermería por su nombre no como mamá, sin embargo, es necesario un seguimiento a largo plazo con apoyo del personal de la casa hogar para lograr resultados duraderos que realmente causen impacto sobre la calidad de vida del niño. De esta forma el nivel de dependencia continuo siendo temporal y el grado disminuyo a 3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Deterioro de la interacción social relacionado con ausencia de personas significativas manifestado por berrinches, agresividad, cambios bruscos del estado de ánimo (tiende a pegar).

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Seguridad y protección	De orden psicológico y social (falta de apoyo afectivo, ausencia de padres)	Temporal, grado 5	Baja

Objetivo:

El niño mantendrá relaciones sociales afectivas con otros niños y adultos.

Intervenciones:

1.-Intervención independiente

Establecer el contacto con personas significativas para el niño, destacando la influencia que tienen para el desarrollo de la personalidad y conducta del niño.

Fundamento:

Los padres o en este caso las personas significativas para el niño encargadas de su cuidado son determinantes en la formación de su imagen y autoestima, son las figuras más sabias y poderosas del mundo infantil y brindan confianza, la cual es el apoyo para enfrentarse a la realidad, desde esta perspectiva tienen que transmitir valores con justicia y amor, con estimulación y respeto.

El niño necesita siempre tener una figura amada en quien encontrar aliento, calor, consuelo, seguridad, en consecuencia el niño se sentirá aprobado y aceptado.

En respuesta a la interacción con personas significativas el niño refleja las condiciones que existen en su entorno. (Escobar, p.419-421)

TEST CON
FALLA DE ORIGEN

Un ambiente afectivo propicia en el niño mayor motivación para aprender y portarse bien, se pliegan fácilmente a las indicaciones, puesto que tienen más cosas que ganar si lo hace y también más que perder si no lo realizan.

2.-Intervención independiente

Establecer una retroalimentación positiva que favorezca la aparición de un sentimiento de seguridad, propiciando que el niño tenga una mayor cantidad de emociones positivas, las conductas adecuadas que se esperan del niño como compartir, mantenerse limpio, el orden, establecer amistad con otros, esperar y ser paciente, actitudes que deben ser reforzadas con una sonrisa, un beso, una caricia o un abrazo.

Fundamento:

La retroalimentación positiva, le da al niño un reforzamiento de la conducta aceptada, le dice "vuelve a hacerlo", sintiéndose aceptado por los adultos, obteniendo confianza y seguridad, en cambio, si se presentan conductas agresivas o castigos físicos, el niño aprenderá a repetir el mismo estilo de modificación de la conducta. (Dennis, p.133)

El niño necesita ser amado y también sentirse aceptado como es (Escobar, p.415) mientras que el obtener una respuesta favorable de los adultos es el principal estímulo para una conducta social aceptable. (Escobar, p.421)

3.-Intervención independiente

No proporcionarle al niño todo lo que demande, dando una explicación coherente y veraz de los motivos siendo tolerante con el niño.

Fundamentación:

Con lo anterior el niño podrá controlar su comportamiento y tener dominio sobre si mismo, al mismo tiempo, aprenderá que cosas son accesibles para él y la diferencia entre sus

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

deseos y los deseos de los demás, entre sus necesidades y la posibilidad de obtener lo que desea, (Escobar, p.419) es decir, se le conduce hacia la independencia.

4.-Intervención independiente

En caso de que el niño presente un "berrinche":

- a) No perder el control de la situación, mantener la calma
- b) En el momento del episodio, es correcto mantener una actitud de indiferencia, ya que el niño a pesar de los intentos de hablarle no escuchará nada ya que su llanto no se lo permite.
- c) Es necesario mostrar firmeza (no dureza ni rigidez) que contenga al niño, darle el tiempo y lugar para que se recupere
- d) Si la situación se revierte es importante no concederle lo que quería previamente.
- e) Se le debe dar la oportunidad de elegir actividades u opciones
- f) Se le puede alzar, darle seguridad y afecto una vez pasado el episodio, pero no recompensarlo con "premios" (golosinas o juguetes) si se porta bien.

Fundamento:

Cuando la persona que cuida al niño permanece controlada y tranquila es un buen ejemplo para el niño; el niño no perderá su autonomía y se atenuarán sus sentimientos de frustración e impotencia.

Las recompensas no son permitidas pues se pretende reforzar las conductas positivas, sin establecer un círculo vicioso de berrinche-premio. (Escobar, p.419)

5.-Intervención independiente

Propiciar la participación del niño en actividades colectivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fundamento:

El contacto con otros niños permite el ampliar el mundo del niño, enfrentarse a situaciones nuevas o dificultades, también esta presencia le ayuda a resolver de manera más efectiva las situaciones, pues se obtiene alianza o la afiliación con otros, (Escobar, p.422) afianzando el sentido de seguridad y pertenencia.

Evaluación:

Las personas significativas para el niño eran el personal de salud. Durante la hospitalización se observó cierto rechazo a establecer una relación afectiva con el niño, sólo se brindaban cuidados generales aislados. En el tiempo de pasantía por el servicio se logró establecer una relación afectiva, de forma tal que el niño hasta la fecha identifica la figura del especialista como alguien que le brinda cuidado y atención. De acuerdo con el último seguimiento se ha reportado una conducta más sociable del niño, con sus compañeros y el personal que le cuida, observándose un nivel de dependencia temporal, grado 3.

Déficit de actividades recreativas relacionadas con entorno hospitalario manifestado por apatía, rechazo de sus juguetes, juego solitario, aburrimiento, agresividad e irritabilidad.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Recreación	Fuente de la dificultad de orden físico (retraso en el desarrollo psicomotor), psicológico-social (ambiente hospitalario e incapacidad para relacionarse con los demás)	Temporal, grado 3	Media

Objetivo:

El niño será capaz de participar en actividades lúdicas durante la hospitalización, a través de los siguientes tipos de juego: social-afectivo, placer sensorial y de representación.

Intervenciones:

1.-Intervención independiente

Valoración del estado de ánimo, la disposición para jugar y conducta (apatía, rechazo de sus juguetes, juego solitario, aburrimiento, agresividad e irritabilidad)

Fundamento:

Estos indicadores muestran una alteración en la necesidad de juego, y sirven de referencia para evaluar la efectividad de las intervenciones. (Phaneuf p.27)

2.-Intervención independiente

Conocer a otros niños y adultos, para que participen en actividades de juego juntos.

Fundamento:

El conocer y jugar con otros niños y adultos, es un juego de tipo social-afectivo y asociativo, permite que se observen conductas, se desarrollen habilidades sociales como compartir y cooperar, favorece la interacción y el desarrollo de actitudes positivas hacia los demás, brinda la oportunidad de aprender como la propia conducta afecta a los demás y refuerza patrones de conducta y normas éticas aprobadas. (Walley y Wong, p.203)

3.-Intervención independiente

Observar cualquier tipo de conducta destructiva o agresiva dirigida hacia otros.

Fundamento:

Es común que los preescolares reaccionen algunas veces con éste tipo de conducta poniendo a prueba los límites de lo que pueden hacer, es pertinente mostrarle la conducta correcta a realizar pues de alguna manera los niños requieren de la aprobación de otros niños y los adultos. (Dennis, p.136)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.-Intervención independiente

Cantar canciones conocidas por el niño, de preferencia aquellas que requieran la interacción entre las personas o el movimiento de alguna parte del cuerpo.

Fundamento:

Favorece el desarrollo de los sentidos, mejora la habilidad motora fina y gruesa, así como la coordinación, favorece la regulación de la propia conducta, permite comprobar habilidades propias, permite la liberación de energía de una forma segura y agradable para el niño, de tal forma que se fomentan los lazos afectivos. (Walley y Wong, p.203)

5.-Intervención independiente

Con lápices y hojas permitirle hacer dibujos o garabatos.

Fundamento:

El proporcionarle material mantiene el entorno hospitalario agradable para el niño, ofrece una forma de expresión facilitando la comunicación verbal y no verbal de las necesidades, ideas, intereses, deseos, frustraciones, temores o preocupaciones. (Wong, p.69-70)

6.-Intervención independiente

Con el uso de la imaginación tomar papeles dramáticos de distintas personas y demostrar sus actividades (médico, enfermera, mamá, papá, piloto de aviones, conductor de autobús, etc.)

Fundamento:

El juego imaginativo aumenta la capacidad para el uso del lenguaje, el fijar la atención, reduce la impulsividad y divagación y aumenta la habilidad para seguir instrucciones. (Dennis, p.137)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La dramatización de procedimientos o situaciones difíciles en un niño hospitalizado, permite una “catarsis”, es decir, el paso de un sentimiento pasado, del inconsciente al estado consciente, liberando al niño de la carga emocional que éste contenía. (Dennis, p.138)

7.-Intervención independiente

A través de sus muñecos hacer representaciones de actividades específicas como el comer, el cambio de pañal, el baño y la ministración de medicamentos.

Fundamento:

Alienta la realización de actividades que no le son muy interesantes (Walley y Wong, p.203).

El uso del juego como representación permite el ensayo de conductas que se viven a diario y serán parte de su vida adulta, consolidando imágenes mentales desarrolladas a partir de la realidad. (Dennis, p.136)

Evaluación:

Se observó la participación del niño en juegos de representación (imaginando y realizando actividades de enfermera y médico), imaginativo (ruidos y caracterizaciones de animales) y asociativo; los garabatos fueron una actividad que despertó mucho interés. Todas las actividades recreativas requirieron asesoría y atención constante, pues el tiempo en que permanecía interesado en una actividad era corto 10-15 minutos. Continuando en un nivel de dependencia temporal, mejorando en cuanto al grado pasando del 5 al 3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alteración de la comunicación relacionada con disminución de la capacidad auditiva manifestada por no responder a estímulos verbales y retraso en el desarrollo del lenguaje.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Comunicación -Seguridad y protección -Aprendizaje	Falta de fuerza (perdida de continuidad d la membrana timpánica, pobre estimulación auditiva y del lenguaje),	Permanente, grado 5	Media

Objetivo:

Se comunicará eficazmente con las personas que lo rodean durante el tiempo que permanezca en el hospital.

Intervenciones:

1.-Intervención independiente

Valorar el habla poniendo énfasis en la voz, articulación (pronunciación de la d, p, s, t, v) y fluidez, el desarrollo del lenguaje mediante tablas estandarizadas, (Denver) observando, la identificación de las partes del cuerpo cuando se le nombran, seguimiento de ordenes, la expresión de su nombre completo (nombre y apellido), oraciones de 3 a 6 palabras, utilización de pronombres apropiados cuando se refiere al él (YO), nombrar figuras en un dibujo, tiempo pasado de los verbos, plurales, preguntar ¿por qué? .

Fundamento:

Se permite la fácil identificación de signos de retraso en el desarrollo del lenguaje y el habla. (Marlow, 1006)

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Los niños con VIH presentan riesgo de retraso psicomotor y requieren seguimiento cuidadoso para así identificar cualquier déficit. La escala de Denver está aceptada ampliamente para valorar el desarrollo personal-social, motriz fina-adaptativa, lenguaje y motricidad gruesa. (Morgan, p.14)

La articulación de las consonantes antes dichas se logra normalmente entre los tres y cuatro años de edad. (Marlow, p.1006)

2.-Intervención independiente

Observar la aparición de signos y síntomas que sugieran alteración de la audición, valorando la reacción del niño ante los ruidos, dificultad para responder al habla, dolor de oídos, otorrea.

Fundamentación:

Es esencial la detección precoz de cualquier trastorno auditivo, la presentación de otitis recurrentes puede disminuir la capacidad auditiva alterando la conducción aérea del sonido. (Marlow, p. 985) Si el niño pierde los sonidos del habla, la adquisición del lenguaje se demora y pueden surgir problemas de habla y socialización. (Marlow, 1006)

3.-Intervención independiente

Al iniciar la comunicación con el niño obtener su atención mediante estímulos táctiles y visuales, establecer contacto visual, mantener un ambiente libre de distracciones u otros ruidos; al hablar hacerlo de manera clara, lenta y uniforme, sin aumentar el volumen de la voz, ni exagerar algunos sonidos.

Fundamentación:

Estas medidas aumentan la comprensión del lenguaje verbal y favorecen la interacción; de otro modo, el exagerar la pronunciación, disminuir la visibilidad, hablar con un ritmo acelerado, tienen un efecto contrario disminuyendo la comprensión del habla. (Marlow, 1006)

FALLA DE ORIGEN

4.-Intervención independiente

Utilizar al hablar formas correctas de las palabras, realizando explicaciones verbales de ideas, conceptos y procedimientos complementadas con dibujos o demostraciones, dando tiempo suficiente al niño para que pueda comprender el significado de la explicación o idea.

Fundamentación:

El lenguaje no solo requiere de oír adecuadamente, sino, también la habilidad de almacenar en la memoria la asociación de sonidos particulares con personas, objetos, acontecimientos, sentimientos y deseos. (Escobar, p.179)

5.-Intervención independiente

Escuchar atentamente al niño, mirándole directamente al rostro, dando el tiempo necesario, sin prisa, ser paciente, no completar oraciones si el niño desea algo o lo señala, ignorar el gesto y esperar que el niño utilice la palabra antes de cumplir el pedido que se ha hecho.

Fundamento:

La prisa y ansiedad por parte de la persona que escucha crean mayor ansiedad y problemas de fluidez en el niño, obstaculizando el correcto desarrollo de la fluidez (Equipo fonoaudiológico, 2000)

6.-Intervención independiente

Alentar al niño a realizar ejercicios con la lengua y los labios (moviéndola de un lado a otro, de arriba abajo, sacarla y echarla hacia atrás lo más posible, hacerla de "taquito", que frunza los labios, hacer gestos, inflar las mejillas, reír, silbar y soplar), demostrar la forma de mover la boca (puede ser delante de un espejo) y la pronunciación de vocales y consonantes, una a la vez. Posteriormente se continuará con palabras sencillas, frases simples, hasta llegar a palabras más complicadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fundamento:

Un requerimiento básico para el desarrollo del lenguaje además de la audición y la exposición a la comunicación hablada es la adecuada formación y estimulación del aparato vocal. (Escobar , p.179)

Los ejercicios mejoran la eficacia de la musculatura que se utiliza al hablar, tono, el volumen, claridad del habla y la pronunciación. (Carpenito, p.237)

7.-Intervención independiente

Leer y hablar continuamente con el niño.

Fundamentación:

Con la exposición frecuente a comunicaciones habladas, el niño va asociando los estímulos auditivos a su significado, estimulando la comprensión de conceptos y la adquisición de nuevas palabras. (Escobar, p.179 y Marlow, p.1006)

Evaluación:

En el desarrollo del lenguaje, la última valoración de Denver mostró que no comprende los términos de frío, hambre o cansancio, no conoce ningún color, no define palabras, ni es capaz de establecer analogías opuestas, su vocabulario es limitado, no reconoce figuras, sus frases no son de más de cuatro palabras, ni pronuncia las consonantes n, l, s, d, r, f y su habla era entendible en un 50%. No respondía a estímulos sonoros fuerte, ni al habla a 1 metro de distancia, sin embargo, se pudo establecer una comunicación eficiente con el niño. En el último seguimiento presenta dislalias y alteración en el ritmo (14-Mayo de 2002), por lo que se consideró en un nivel de dependencia que avanza hacia la cronicidad, con grado 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alteración del patrón del sueño relacionado con un entorno sobrestimulante manifestado por irritabilidad, agresividad e hiperactividad.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Descanso y Sueño	Falta de fuerza (entorno hospitalario sobrestimulante, extraño)	Temporal, grado 5	Baja

Objetivo:

Recuperara el patron del sueño acorde a su edad, por medio de medidas para propiciar el descanso.

Intervenciones:

1.- Intervención independiente

Valorar e identificar las manifestaciones de dependencia del sueño y descanso, observando: El comportamiento del niño, letargia, apatía, somnolencia, irritabilidad, bostezos, expresiones verbales de querer dormir, agresividad e hiperactividad.

Pedir información sobre la rutina habitual para irse a la cama (hora, higiene, rituales) el número de horas que duerme por la noche y si existen dificultades para permanecer dormido.

Fundamentación:

El sueño y descanso permiten la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas (Riopelle, p.24), es por ello que se pueden observar como manifestaciones de alteración del sueño la irritabilidad, la agitación, bostezos. (Kosier, 1999 p. 1009-1012) Los hábitos de descanso y sueño pueden verse fácilmente modificados por la enfermedad o disrupciones en el entorno asistencial. (Potter, p.729-730)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El sueño tiene dos etapas MOL y MOR, en la primera hay aumento de la secreción de hormona del crecimiento, se favorece la síntesis de proteínas y la reparación de los tejidos, y en la siguiente etapa se facilita la adaptación emocional al ambiente físico y psicológico, si no se logra entrar en la última fase de esta etapa, se presentan alteraciones de la conducta antes mencionadas y aumento de la sensibilidad al dolor, si se priva del sueño MOL se provoca fatiga y puede deteriorarse el sistema inmune y deprimir las defensas corporales.

La información sobre el sueño del niño permite valorar la cantidad real de sueño y los despertares necesarios y los innecesarios, y permite evaluar el cuidado respecto a esta necesidad. (Urden, p. 46-51)

2.-Intervención independiente

Identificar que tipo de factores intervienen con el descanso y el sueño: Fármacos antiretrovirales (D4T), la actividad, el ruido, entorno poco familiar, luces, dolor, miedos, pesadillas o temores nocturnos, los procedimientos de Enfermería, estar sometido a estrés e incomodidad.

Fundamentación:

El sueño puede considerarse como un mecanismo reflejo que supone varios cambios en las funciones corporales en respuesta a estímulos adecuados (Henderson p. 431-432), el ruido, la enfermedad un ambiente con demasiados estímulos son causa suficiente para que se altere el patrón del sueño (Walley y Wong , p. 351-352)

3.-Intervención independiente

Favorecer un ambiente de relajación, mediante la reducción de estímulos externos, como ruido, medicaciones o toma de signos vitales, verificando que los procedimientos necesarios sean realizados antes de la hora de la siesta y dormir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fundamentación:

Los factores ambientales influyen sobre la capacidad de conciliar y mantener el sueño, un ambiente de relajación, eliminar fuentes de irritación física, proporcionar calor, higiene, si se reducen los estímulos y se organizan los tratamientos para producir las menores interrupciones del sueño como sea posible, se procura el sueño y la menor supresión de fases de éste.(Potter, p. 729-730)

4.-Intervención independiente

Propiciar que se realice una siesta o un periodo de relajación y el sueño por la noche se realicen después de preparar al niño para acostarse, y el apartarse de la actividad en forma gradual, después de comer, manteniendo la cuna en orden, si distracciones, sin realizar actividades físicas, (puede ayudar la lectura de un cuento) y con el niño acostado en la cama realizar un masaje superficial en el rostro en forma descendente particularmente sobre frente y nariz. Permanecer junto al niño durante unos momentos.

Fundamentación:

Un ambiente tranquilo, sin excitación, mediante el uso del masaje y reducción de estímulos ambientales favorece la inducción al sueño y el descanso. (Henderson, p. 431-432 y Walley y Wong , p.351-352)

Generalmente los preescolares manifiestan miedo al irse a acostar, o presentan pesadillas, el permanecer junto del niño mientras alcanza el sueño le da seguridad y confianza de dormir.

5.-Intervención independiente

Explicarle al niño sobre el ritmo en que transcurre el día y llega la noche, comparar las actividades que se realizan en uno y otro momento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fundamentación:

La preparación del niño para dormir incluye también que el niño comprenda la necesidad de dormir y las horas destinadas para ello. (Carpenito p.368)

Evaluación:

Se refirió por parte del personal de enfermería del turno nocturno que se torna inquieto y agresivo, no quiere dormir, y que han sido necesarias las sujeciones a la cuna. Durante el día, por la mañana solo se logra un periodo de relajación de 30 minutos no logrando el sueño. Estableciéndose en un nivel de dependencia temporal, grado 3.

Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con debilidad motora gruesa, manifestado por disminución del tono muscular en piernas y marcha tambaleante.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
-Movimiento y buena postura	Falta de fuerza (déficit muscular gruesa, pobre estimulación física).	Temporal, grado 3	Baja

Objetivo:

El niño alcanzara el desarrollo correspondiente a su grupo de edad, mejorando su función muscular en miembros inferiores mediante ejercicios activos y pasivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Intervenciones:

1.-Intervención independiente

Realizar ejercicios activos y pasivos de amplitud de movimiento articular, en diez tiempos cada uno:

-En cadera

Flexión y extensión de la pierna, moviéndola hacia arriba, regresar a la posición original y después flexionar ambas y después en forma alterada.

Hiperextensión, moviendo la pierna más allá de la línea media hacia atrás

Abducción y aducción

Rotación interna y externa, girando el pie

-Rodilla

Flexión y extensión

-En tobillo

Extensión y flexión, señalar hacia abajo y arriba con los dedos del pie

Eversión, girar la planta del pie lateralmente

Inversión, girar la planta del pie hacia la línea media

Flexión y extensión de las articulaciones de los dedos haciendo una curva

Abducción y aducción de los dedos de los pies.

Fundamento:

Durante el ejercicio, se mantiene la movilidad articular, incrementan el tono, el tamaño y la fuerza musculares. Como consecuencia de ello la persona es capaz de desarrollar mayor ejercicio en cada contracción muscular. (Potter, p.536)

2.-Intervención independiente

En miembros inferiores, en posición sedente tensar la pierna, presionar hacia abajo ligeramente la rodilla y elevar ligeramente el talón, observando la tensión muscular del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

muslo, durante 5 tiempos alternando miembros, relajar después; alentar al niño a que deambule en puntas y talones.

Fundamento:

Este tipo de ejercicio fortalece los músculos empleados en la deambulación (Kosier, p.989)

3.-Intervención independiente:

Escuchar música, e invitar al niño a bailar y cantar canciones; así también animarle a caminar como animales, pararse sobre un pie, saltar.

Evaluación:

El niño manifestó mucho interés en caminar y realizar ejercicios; resultaron divertidas las actividades que imitaban animales; el tono muscular no mejoró, se observó aumento de la coordinación de la marcha y equilibrio, sin embargo, aun no logra sostenerse en un solo pie, ni saltar hacia delante y atrás. De esta forma se considera en nivel de dependencia temporal, grado 3.

2.6 Plan de alta

Con el propósito de que las estrategias planeadas y realizadas dentro del hospital para el cuidado del niño fueran continuadas fuera del él, se estructuró un plan de alta que fue entregado y comentado con un cuidador de la casa hogar. El cual contiene actividades que debe realizar el tutor responsable, consideraciones sobre la dieta y medicamentos, cuidados especiales y signos y síntomas de alarma a considerar. (Ver anexo)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. RESULTADOS

3.1 Análisis cualitativo de las variables estudiadas

En el presente estudio de caso, se lograron aplicar los conceptos básicos de la filosofía de Virginia Henderson a través del Proceso de Enfermería, identificando las necesidades básicas del niño en un entorno desfavorable, desprovisto de un ambiente afectivo, así como las fuentes de la dificultad para el establecimiento de diagnósticos que reflejaran el grado de dependencia del niño, obteniendo un plan de intervenciones especializadas dirigidas a ayudar al niño a disminuir las fuentes de la dificultad para lograr su independencia hasta donde fuese posible.

El Modelo conceptual de Virginia Henderson permitió al igual que en otros estudios (Zamarra 1992, Roig 1999, Canalis 1999, Lopez 1999 y Guallard 1998) orientar la valoración de Enfermería para obtener datos objetivos y subjetivos de la persona, particulares a cada necesidad y características del niño, destacando la identificación del grado de dependencia o independencia, ofreciéndole al individuo una atención integral y específica.

Mientras que el Proceso de Enfermería es considerado como la base para sustentar toda acción de enfermería en forma rigurosa y científica, es el *modus operandi* para la solución de los problemas en el cuidado de Enfermería y permite detectar las necesidades básicas en las distintas dimensiones del ser humano.

En cuanto a las fuentes de la dificultad Subirana refiere que al identificar las fuentes de la dificultad permite analizar la causa del problema y da información precisa de las causas que alteran el equilibrio, ya sea falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad y así poder derivar de ellas las intervenciones de enfermería que se enfoquen a la fuente de la dificultad prioritaria, en este caso las fuentes de la dificultad respecto a la necesidad de seguridad y protección fueron de los tres tipos, destacando como fuentes de la dificultad las de orden psicosocial, la falta de fuerza y falta de conocimiento.

Como fuentes de la dificultad de orden psicosocial se consideraron el entorno no afectivo, y la ausencia de los padres. La falta de fuerza o la fuente de la dificultad de orden físico se manifestó en alteraciones en la primera barrera de protección (la piel), pérdida de la continuidad de la membrana timpánica (deterioro de la audición), la inmunodeficiencia; mientras que la falta de conocimientos se observó al presentar deficientes hábitos higiénicos, retraso en el desarrollo motriz fino y del lenguaje. Las necesidades con dependencia en el niño, se mantuvieron prácticamente con el mismo nivel y grado de dependencia.

Se observó que se le brindaban cuidados básicos, estableciendo un contacto mínimo, sin una relación de afecto por parte del personal de enfermería hacia el niño; éste mismo hallazgo se presentó en un estudio cualitativo sobre las experiencias vividas por abuelas cuidadoras de niños con VIH, donde se hace referencia a que es poco frecuente que se expresen emociones por parte del cuidador, sin embargo se expresaba la necesidad de vivir en el presente centrado en el niño, encontrando la alegría de vivir y cuidar al niño como si éste fuera normal, circunstancias en las que no coincide este caso, ya que el personal de enfermería de las instituciones encargadas del cuidado del niño, se mostró con indiferencia hacia el cuidado.

No existe compromiso real por parte del personal de salud y los cuidadores secundarios (los que cuidan al niño en la casa hogar) para establecer una relación con un alto sentido ético y humano, en el que se establezca el compromiso de ayudar a quien la necesita, como valores fundamentales del cuidado integral.

Por lo tanto, fue difícil que se realizara un seguimiento de las intervenciones de enfermería, pues los problemas de dependencia se resolverían a un largo plazo y era necesario el conocimiento y la voluntad de los cuidadores secundarios para llevar hacia la independencia a este niño.

Refiere Shanley que los cuidadores de niños con VIH se enfrentan a situaciones constantes de estrés, pues el cuidado incluye los retos de cuidar a un niño aparentemente bien y en

desarrollo, mientras que se enfrentan simultáneamente episodios de enfermedades agudas recurrentes y sugiere que sean identificadas e incorporadas las redes de apoyo del cuidador al plan de atención con el propósito de mejorar la calidad de vida de los niños que tienen VIH, reconociendo la complejidad de las necesidades del cuidador formal.

De igual manera observó la necesidad de mantener contacto con las personas a cargo del cuidado del niño en el hospital que hubiesen tenido contacto con el niño en el hospicio, pues el entorno donde se desenvuelve el niño normalmente proporciona elementos indispensables para la valoración del estado de salud, la identificación más precisa de debilidades y fortalezas, así como un seguimiento estrecho de la evolución del niño a las intervenciones de enfermería descritas en el plan de atención.

La mayoría de las transmisiones de VIH en niños son en forma vertical (madre a hijo); la UNICEF calcula que en el año 2000 existían 13 millones de niños (la mayoría en África) con madre o padres con VIH/SIDA, y que de ellos 10.4 millones son menores de 15 años; por ello los niños infectados están particularmente en riesgo de perder a sus madres por SIDA y vivir probablemente fuera del entorno familiar, como en este caso particular donde los padres del niño fallecieron; Cruz refiere que las correctas relaciones madre-hijo crean la base afectiva e instrumentadora a partir de la cual el niño crece de una manera adecuada y queda capacitado para explorar el mundo social sin malestar ni ansiedad, de esta forma se puede considerar que la ausencia de figuras paternas ha influido para que exista un mayor grado de dependencia en cuanto a la necesidad de seguridad y protección.

En estos momentos no existe una cura para la infección por VIH y inevitablemente los niños sufrirán paulatinamente un deterioro físico pasando antes en algunos casos por la estigmatización social y la horfandad, hasta llegar muy probablemente a la muerte, por ello es primordial brindar un cuidado integral con miras a mejorar la calidad de vida de los niños.

La calidad de vida como lo expresa López Imedio es un proceso dinámico, en el cual el ser humano es capaz de mejorar las condiciones que se le presentan en el ciclo vital,

implica el grado en que la enfermedad y sus síntomas influyen a la persona y sus relaciones con los demás, la capacidad de permanecer en contacto con su cultura, costumbres, tradiciones, así como la permanencia en creencias que expliquen la realidad de las cosas y el mantener su autonomía y afectividad.

Referente a la elaboración de los diagnósticos de Enfermería estos no mostraron dificultad, en comparación con el reporte de Begoña quien refiere que el empleo de los diagnósticos fue difícil y con un periodo de aprendizaje largo; en este estudio de caso sólo hubo la necesidad de hacer modificaciones a su redacción después del análisis los datos focalizados para la elaboración del plan de atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La utilización conjunta del proceso de Enfermería con la filosofía de Virginia Henderson permitió que los cuidados proporcionados al niño fuesen resultado de una valoración continuada y específica de las necesidades básicas, fuentes de la dificultad y problemas de dependencia en un preescolar con dependencia en la necesidad de seguridad y protección.

Después de la aplicación del proceso del cuidado a un caso particular es posible valorar las necesidades reales del cuidado, acordes con el crecimiento y desarrollo del niño, también se establecieron diagnósticos de enfermería que expresaron situaciones en donde la intervención de enfermería fuera específica, así como la diferenciación con los problemas interdependientes.

Los cuidados se proporcionaron con una base científica y filosófica que permitió la máxima independencia posible y la evaluación continua en estructura, proceso y resultado.

El uso de instrumentos para la valoración y la obtención de datos (Hoja de reporte e Historia Clínica), permitieron la recolección en forma ordenada de datos objetivos y subjetivos del niño, para posteriormente analizarlos y definir las fuentes de la dificultad y los grados y niveles de dependencia de las necesidades.

La actitud del personal que cuida a los niños con VIH continua siendo una barrera para la atención integral y de calidad a los niños, pues se ha dejando a un lado el sentido ético y humano del cuidado, constituyéndose en un reto para todos aquellos que estamos en el área de la salud, que requiere de conocimiento y el reconocer la responsabilidad de brindar atención a niños con entornos no afectivos y ausencia de las figuras paternas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo anterior se sugiere que:

- ❖ Exista evaluación continua de los programas y lugares donde se brinda cuidado a los niños con VIH, con la finalidad de que el cuidado sea integral y se observen de forma continuada la salud, crecimiento y desarrollo de los niños.
- ❖ Se difundan los estudios de caso en foros internos (por medio de sesiones clínicas en el hospital y la escuela) y externos (congresos, jornadas)
- ❖ Se cree una revista científica de Enfermería que dependa de la ENEO y la UNAM, para dar mayores oportunidades de publicación y pueda llegar a tener gran peso y difusión dentro de la investigación en Enfermería en México.
- ❖ Elaboración de un folleto que permita dar a conocer al personal de Enfermería y cuidadores de niños con VIH los cuidados necesarios para la vigilancia del estado de salud, el adecuado crecimiento y desarrollo, así como consideraciones especiales respecto a los fármacos antirretrovirales.
- ❖ A la dirección de la Casa Hogar, que dentro de esta exista un servicio de Enfermería con especialidad enfermería infantil, para permitir un seguimiento más estrecho y específico en beneficio de la salud y calidad de vida de los niños.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Alfaro L. Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica Mosby-Doyma Barcelona 1992; p.14, 102
- ❖ Amaro C., Marreno L., Valencia, Blanca C., Moynelo H. Principios de bioética En: Revista Cubana de Enfermería. 1196; 12(1):
- ❖ Bernat B., García B., Inarejos L., Bardaji D. Enfermo crítico: valoración global para identificar las necesidades. En: Enfermería Clínica 1992; 2(4): p.150-32
- ❖ Bernaus P., Paulí C. Cómo evitar riesgos en la administración de fármacos en pediatría. En: Enfermería clínica 1993; 2(6): p.35-231
- ❖ Botas B., Rivas M., Velado A., Linares O. y Muñoz B. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en una unidad neonatal. En: Enfermería Clínica 1999; 11(1): p.9-17
- ❖ Breckenridge M., Nesbitt M. Crecimiento y desarrollo del niño. Edit. Interamericana, México 1983, p. 212-215
- ❖ Caliandro G., Hughes C. The experience of Being a Grandmother who is the primary caregiver for her HIV-positive grandchild. En: Nursing Research 1998; 47(2):p.107-113
- ❖ Canalis B., García M., González P., Gorrindo D., Jodari S., Martín F., Robles M. La diabetes en la atención primaria. En: Enfermería Clínica 1999; 10(2): p.80-42
- ❖ Carpenito L. Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica 2da. ed. Interamericana-Mac Graw Hill. México 1990; p.237
- ❖ Carpenito L. Planes de cuidados Interamericana-Mc Graw Hill Madrid, 1994; p.76, 119, 206, 344-351, 368 y 708
- ❖ CONASIDA Guía para Enfermeras en la atención del paciente con VIH / SIDA México 1997,p.2, 38-46 y 70
- ❖ CONASIDA. Guía Para la atención médica de pacientes con infección por VIH SIDA en consulta externa y hospitales. 4ta. ed. México 2000. p.37,124,125 y 295
- ❖ Cruz M. Tratado de pediatría Vol.2 6ta. ed. Editorial Espax Barcelona, 1990 p.1597-1598

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ Dennis L., Hassol J. Psicología evolutiva. Edit. Interamericana México, 1985 p. 133-144
- ❖ Donalson & Crowley D. La disciplina de Enfermería. En H.L.Nicoll; Pers in Nurs Theory 2da.ed. p.2
- ❖ Dugas. Fundamentos de enfermería Manual moderno; México 2000 p.207-208 , 276
- ❖ Escobar Picaso E., Espinoza Huerta E., Moreira Rios M. El niño sano Editorial Manual Moderno , México 2001; p.179, 406-409, 415-422
- ❖ Fernández C., Novel G. El proceso de atención de Enfermería un estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas Barcelona 1993; p.4,11
- ❖ Franco O. El proceso de enfermería como método para la práctica profesional. Ponencia X Jornadas de Enfermería Pediátrica México, 1998.
- ❖ Gordón M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ra ed. Mosby-Doyma México 1996; p.10
- ❖ Graham B. ¡Ya soy un niño grande! Un libro explicativo sobre el entrenamiento para ir al baño Kimberly-Clark Corporation, USA 1993; p.43
- ❖ Griffith J. Chistensen P. Proceso de atención de Enfermería Aplicación de teorías, guías y modelos. Manual moderno México 1993; p.166-171
- ❖ Guallart M., Roca C. Cuidados de enfermería a un recién nacido pretérmino. En: Enfermería clínica; 1998, 8(2): p.84-44
- ❖ Guillén F. Teorías aplicables al proceso de atención de Enfermería en Educación superior Rev. Cubana Enfermería 1999; 15(1): p.11-15.
- ❖ Henderson V., Nite G. Tomo 4 Prensa médica, México 1988; p.431-432
- ❖ Hernández C., M. Esteban. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. Interamericana-Mc Graw Hill México 1999; p.83, 128-131
- ❖ IMSS. Recomendaciones y experiencia institucional para la atención integral del paciente con VIH/SIDA. En: Plan de acción por misión para la atención integral del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el IMSS. México, Octubre 2000
- ❖ Iyer P., Taptich B., Bernocchi-Losey Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ra. ed. Interamericana-Mc Graw Hill México 1997; 437p.
- ❖ Kerlinger F. Investigación del comportamiento. Mc Graw Hill México 1988; 748p

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- ❖ Kérouac S., Pepin S., Ducharme F. El pensamiento enfermero. Masson México 1996; p.77-79
- ❖ Kline M., Gwynne M., Schwarzwald H. Opciones para niños: Guía para tratamientos antirretrovirales. Baylor International Pediatric 1999, México; p.8-15
- ❖ Kosier B., Erb, Bufalino. Fundamentos de Enfermería. Interamericana México 1997; p.107-109, 989 y 1009-1012
- ❖ López Imedio E. Enfermería en cuidados paliativos. Edit. Médica panamericana Madrid, 1998 414p.
- ❖ López P., Julia N. Cuidados de enfermería en la vejez. Diseño de un programa en la atención primaria de salud dirigido a ancianos mayores de 70 años. En: Enfermería Clínica 1999; 9(5): p. 220-44
- ❖ Luis R., Fernández F. Navarro G. De la teoría a la practica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Edit. Masson-Salvat, Barcelona 1998 p.33
- ❖ Lund C., Kuller J., Lane A., Wright J., Raines D. Cuidados en la piel del neonato: Bases científicas de la práctica. En: Neonatal Network, Neonatology Nursing 1999; 18(4)
- ❖ Marlow R. Redding. Enfermería Pediátrica Tomo 1. 6ta. ed. Edit. Medica Panamericana; Argentina 1990 p.161, 174, 850-864, 981-985
- ❖ Marriner- Tomey. Teorías y modelos de Enfermería . Mosby Madrid; 1994 p.104
- ❖ Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Alertes Barcelona 1999; 307p.
- ❖ México Ley General de salud. 17ed. Tomo I Porrua México 1995; p.411-416
- ❖ Morgan K. Cuidados de Enfermería en Pediatría. Edit. Doyma , Barcelona 1993; p.14, 51, 95, 109, 114, 115 y 145
- ❖ Myers SM. Patient-focused care: what managers should know. Nurs Econ 1998 Jul-Aug;16 (4) p.180-8
- ❖ Nettina J. Enfermería Pediátrica de Lippincott. 6ta ed. Interamericana -Mc Graw Hill; México 1195 p.1328
- ❖ Newton C. Modelo de Roper-Logan-Tierney. Masson -Salvat Barcelona 1996; 241p.

- ❖ Olds S., London M., Ladewing P. Enfermería materno infantil 4ta. ed. Edit. Interamericana-Mc Graw Hill México 1995 p.404, 890-893
- ❖ Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería Interamericana – Mc Graw Hill México 1995; p.17-19, 27-32, 105,131, 142
- ❖ Polit D. et al. Investigación científica en ciencias de la salud. 3ra.ed. Interamericana-Mc Graw Hill México 1991; 653p.
- ❖ Potter P. et al. Fundamentos de enfermería teoría y práctica. 3ra.ed. Mosby-Doyma México 1996; p.118-220, 729,730 y 536
- ❖ Riopelle L., Grodin L., Phaneuf M. Cuidados de enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona. Interamericana-Mc Graw Hill Madrid 1993; p.3, 24, 337
- ❖ Roig T., Casasnovas P., Pedrós S., Domenech P., Bermejo F. Evaluación de un lenguaje aumentativo para enfermos intubados o traqueostomizados. En: Enfermería Clínica 1999; 9(6): p.238-16
- ❖ Roldán A, Fernández M. Proceso de atención de Enfermería. En Investigación y Educación en Enfermería; 1999:17(2)p.85
- ❖ Sánchez L. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. En: Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.2001; 9(2): p. 91-96
- ❖ Sánchez Molinero A. Surgimiento del Diagnóstico de Enfermería. En Desarrollo Científico de Enfermería 1998; 6 (5): 132 -140
- ❖ Sande M., Gilbert D., Moellering R. Guía Sanford de Tratamiento del VIH SIDA. Editores intersistemas México, 2000.
- ❖ Shanley P.,Hughes C., Caliendo G., Russo P., Budin W., Hartman B. Y Hernandez O. The effect of a social support boosting intervention on stress, coping, and social support in caregivers of children with HIV/AIDS. En: Nursing Research 1998; 47(2):p.79-86
- ❖ Styles. Requisitos que se exigen en una profesión. En Carpenito L. Planes de cuidados y documentación en Enfermería. 2da. ed. Interamericana-Mc Graw Hill México 1994; p.2

TEST CON
 FALLA DE ORIGEN

- ❖ Subirana C., Jover S., Pascual R., Solá S. Fuentes de la dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC reagudizada. En :Enfermería Clínica 1992; 8(6): p.5-229
- ❖ Suddarth D. Enfermería Pediátrica de Lippincott. Volumen 2 5ta ed. Edit. Mc Graw Hill-Interamericana; México 1991 p.1192,1193 .
- ❖ Úbeda B., Pujol R. Investigar en Enfermería - Las enfermeras en investigación. En Enfermería Clínica; 1 (2): 50
- ❖ UNICEF Children orphaned by AIDS. Front-line responses from eastern and eastern and southern Africa Editan: UNICEF-UNAIDS, 1999, 36p
- ❖ Urden L., Lough M., Stacy K. Cuidados intensivos en Enfermería. Tomo I Harcourt-Brace Madrid 1998; p.3-9, 46-51
- ❖ Wong D. Enfermería Pediátrica 4ta. ed. Edit. Mosby-Doyma, Madrid 1995; p. 69, 70, 153, 154, 203, 283, 329, 351, 352, 615, 833, 834
- ❖ Wong D., Walley L. Manual Clínico de Enfermería Pediátrica. Masson –Salvat Barcelona 1993; p.153-170
- ❖ Zamorra P., Giménez M. Intervención terapéutica en la comunicación y la seguridad. En: Enfermería clínica 1992; 2(3): p.112-43
- ❖ Vademecum Internacional 2002 <http://www.medestudiantes>
- ❖ Equipo fonoaudiológico, 2000 <http://www.tartamudez-gcg.com.ar>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI. ANEXOS

6.1 Consentimiento informado

6.2 Historia clínica

6.3 Plan de alta

6.4 Reporte diario

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo _____, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) _____ participe en el estudio de caso _____

_____, cuyo Objetivo principal es: _____

_____ y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: _____

_____ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma
Nombre del padre o Tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PAGINACIÓN DISCONTINUA

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

ENFERMERÍA INFANTIL

Instructivo

Para el alumno:

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

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

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

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

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

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

I
D
A
T
O
S
D
E
M
O
G
R
Á
F
I
C
O
S

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____

Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____

Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____

Religión: _____ La información es proporcionada por: _____

_____ Domicilio: _____

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico médico: _____

Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____

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

abuelos: _____

Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____

_____ Servicios intradomiciliarios: _____

Disposición de excretas: _____

Descripción de la vivienda: _____

Ingresos económicos de la familia: _____

Medios de transporte de la localidad: _____

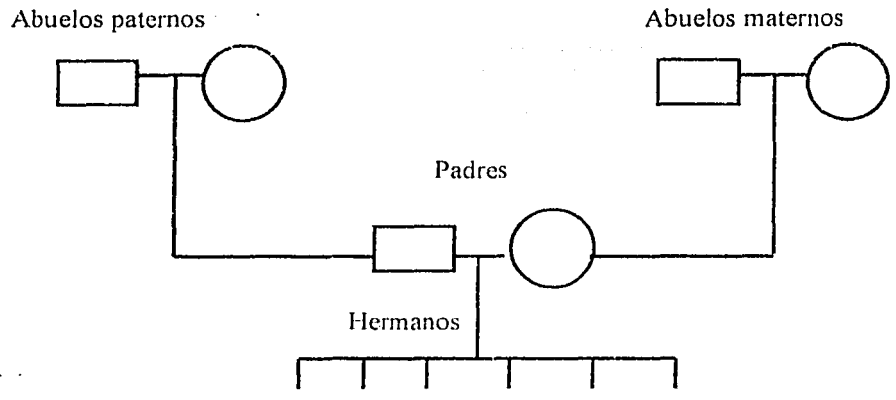
F
A
M
I
L
I
A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Medios de transporte de la localidad: _____

Mapa Familiar.

Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaeridad	Relac. Afeciva	Enfermedades

Símbolos

- Hombre
- Mujer
- Paciente problemas
- Fallecimiento
- Relaciones fuertes

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

III O R I E N T A C I O N	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___</p> <p>Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___ No: ___ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____</p>
IV A N T E C E D E N T E S I N D I V I D U A L E S	<p>Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____</p> <p>Lloró al nacer: ___ Respiró al nacer: ___ Se realizaron maniobras de resucitación: _____</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____</p> <p>¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico; Sí: ___ No: ___</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p> <p>Vacunación: _____</p>
1	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____</p> <p>Dificultad: _____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____</p> <p>Licuados: _____ Otros: _____</p> <p>¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____</p> <p>Lugar: _____</p> <p>¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____</p>

	¿Que alimentos rechaza? _____		Dieta especial: _____	
	Alergias alimentarias: _____		Otros: explique si tiene: _____	
	Alimentación especial: _____			
	Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda
1	Cereales	_____	_____	_____
	Frutas	_____	_____	_____
	Vegetales	_____	_____	_____
	Carne	_____	_____	_____
	Tipo de líquidos: Vía oral: _____		Vía Parenteral: _____	
	Hábitos en los alimentos: _____			
	A que edad le salieron los dientes: _____			
	Eliminación			
	Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal
			en el baño	día
				noche
	Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____			
	Blanda: _____ Líquida: _____			
	Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____			
2	Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____			
	Olor: Ácida: _____ Felida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____			
	Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento _____			
	Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____			
	Otros: _____			
	Hábitos: _____			
	Descripción de genitales: _____			
	Sudoración: _____			
	Oxigenación			
	Somatometría: Peso: _____		Talla: _____	
			Perímetros: Cefálico: _____	
	Abdominal: _____		Torácico: _____	
			Branquial: _____	

3	Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Pulso: _____
3	Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ Disociación toraco abdominal: _____ Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____ Respiración asistida: _____ controlada: _____ Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor Tubo traqueal Cavidad oro nasal Humidificación y oxigenación: _____ _____ Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____ Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diraforesis: _____ Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____
4	<p style="text-align: center;">Reposo-sueño</p> Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____ Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____ Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta: _____ En qué horario: _____ Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____ Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____ Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____ Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____ Búsqueda: _____ Moro: _____ Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____ Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____
	<p style="text-align: center;">Vestido</p> Condiciones de la ropa de vestir: _____

5	Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____ Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____ Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____ Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y Postura</p> A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____ Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____ Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____ Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____ Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____ Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____ Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____ Cambios de posición con ayuda: _____
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____ Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____ A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____ Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____ Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____ Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____ Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____ Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____

	Higiene
9	Condiciones higiénicas de la piel: _____ Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____ Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____ Frecuencia del cambio de ropa: _____
	Recreación
10	Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____ Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____ Los objetos: _____ Animales: _____ Las personas: _____ Juega solo: _____ Con otros niños: _____ Con adultos: _____
	Religión
11	¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____ _____
	Seguridad y protección
12	Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____ _____ Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ _____ Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____ _____ Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____ Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____ Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____ _____

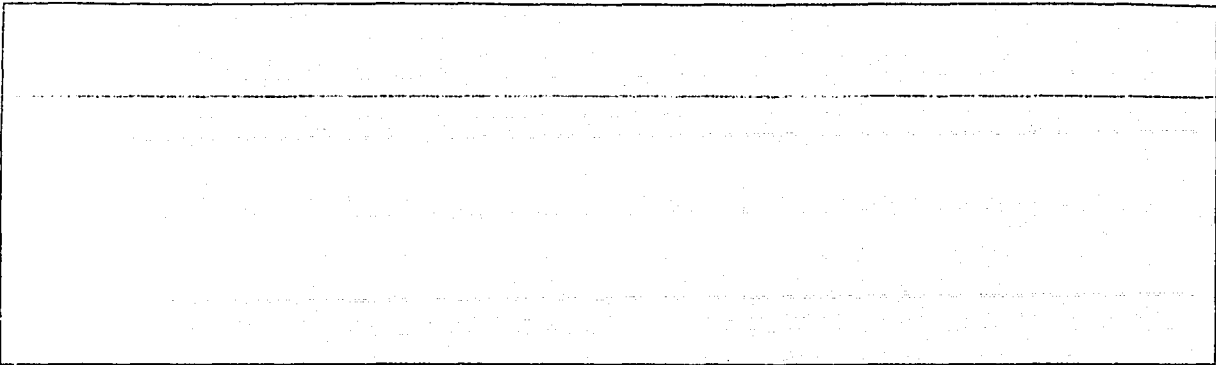
	<p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o _____</p>								
	<p>amigo: _____</p> <p>Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="116 401 411 426">Nombre del medicamento</th> <th data-bbox="594 401 658 426">Dosis</th> <th data-bbox="843 401 884 426">Vía</th> <th data-bbox="1094 401 1159 426">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>De qué forma acostumbra a dárselos: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha				
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha						
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____</p> <p>¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____</p> <p>_____ ¿Cómo reaccionó? _____</p> <p>¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____</p> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____</p> <p>_____</p>								
14	<p style="text-align: center;">Realización</p> <p>¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____</p> <p>_____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____</p> <p>Comparte juguetes: _____</p> <p>Hace amistad con otros niños y adultos: _____</p> <p>Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____</p> <p>_____</p> <p>Otros datos: _____</p>								

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



c: valoinf.doc

FALTAN
LAS
PÁGINAS

12

A

14

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Servicio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____ Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____

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

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

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

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Via
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Registro de signos y síntomas de alarma:
(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

rgi.

C:\espinfan.doc

Cuidados especiales

Ⓢ En caso de exista una herida o lesión, en que la piel no este integra o haya presencia de sangre, utilizar guantes para el manejo de secreciones y herida.

Ⓢ No compartir cepillos de dientes, cortaúñas, ni instrumentos contaminados con sangre.

Ⓢ No se consideran infectantes la saliva, orina o heces, a menos que contengan sangre.

Ⓢ El tener acercamiento afectivo con el niño, besos, abrazos, juegos, no tiene riesgo de que se contraiga el virus.

Ⓢ Vigilar el estado de vacunación

Ⓢ Pesar y medir al niño cada mes; a la misma hora, antes de la primera comida en la mañana, sin ropa, en la misma báscula y por la misma persona



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Recuerda que es muy importante acudir a las citas

El cuidado de un niño con VIH, trae consigo muchos retos, pero también, algunas veces es difícil en enfrentarse a situaciones de enfermedad, empeoramiento o muerte de los niños.

¡NO ESTAS SOLO!



Diseñado y elaborado por:

Lic. María Amalia Benítez Trejo

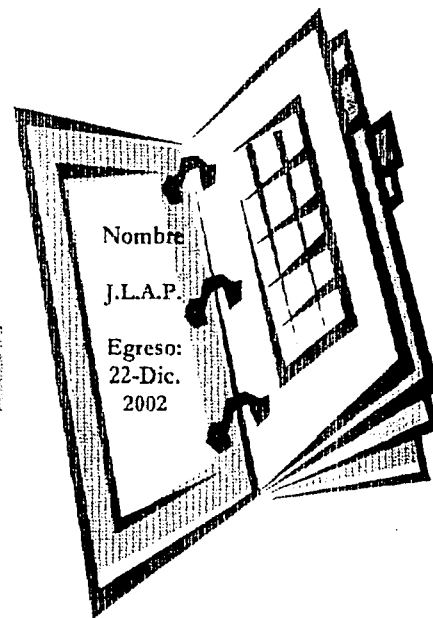
Estudiante de la especialidad en Enfermería Infantil

Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

UNAM-ENEO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GOMEZ

Plan de Alta



El objetivo de este plan de alta es que las estrategias planeadas y realizadas dentro del hospital para el cuidado del niño sean continuadas fuera del hospital, en la casa hogar.

Actividades que debe realizar el tutor responsable:

- ① Lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, así también después de tocar cualquier fluido o secreción del niño
- ② Realizar el cambio de pañal las veces que sea necesario (evacuación u orina),
- ③ Realizar aseo del perineo con agua y jabón neutro después de cada cambio de pañal mojado o con evacuación, manteniendo la piel limpia y secando sin frotar
- ④ Fomentar el lavado dental después de ingerir alimentos, untameces o dulces y antes de acostarse
- ⑤ Registrar durante el día las veces que el niño evacue y orina, los horarios de alimentación, conductas agresivas, disminución de ingesta de alimentos.
- ⑥ Llevar al niño al baño 15 a 20 minutos después de haber ingerido alimentos, al despertar, antes de acostarse; permanecer con él, dentro del baño 5-10 minutos.
- ⑦ Cuando el niño realice conductas adecuadas como compartir, mantenerse limpio, el orden, establecer amistad con otros, esperar y ser paciente, deben ser reforzadas con una sonrisa, un beso, una caricia o un abrazo.
- ⑧ En caso de que el niño presente un "berinche", es conveniente no perder el control de la situación, mantener la calma, mantener una actitud de indiferencia, mostrar firmeza (no dureza ni rigidez) que contenga al niño, darle el tiempo y lugar para que se recupere, no recompensarlo.
- ⑨ Cantar canciones conocidas por el niño, de preferencia aquellas que requieran la interacción entre las personas o el movimiento de alguna parte del cuerpo.

⑩ Preparar que se realice una siesta y el sueño sin distracciones, sin realizar actividades físicas.



Dieta

Establecer un horario de alimentos ofreciendo comidas pequeñas y frecuentes a lo largo del día, pueden incluirse colaciones entre los alimentos y organizar los alimentos para que sean ingeridos primero aquellos con proteína, seguido de los hidratos de carbono, su dieta debe incluir frijoles, lentejas, arúbas, alimentos de origen animal, cereales, papa, el camote, hígado, leche, zanahorias, calabaza, espinacas, huevo, espinacas, brocoli, legumbres) Procurar que el personal que este a cargo del niño proporcione compañía y asesoramiento durante la comida



Medicamentos

① Ribonavir 200mg V.O. cada 12h. Debe tomarse con alimento y mezclarse con chocolate en leche o vainilla, también antes de dar el medicamento darle al niño naranja parcialmente congelada o aplicarle en la lengua mantequilla de cacahuete o sal. Tiene sabor amargo, produce náusea, vómito, diarrea, pancreatitis, neuropatía periférica, dolor abdominal

② Saquinavir 200 mg V.O. cada 12h Tomarse con una comida abundante... Puede producir diarrea, molestias, abdominales y náusea

③ Didanosina (DdI) 50mg V.O. cada 12h. con el estómago vacío 1 a 2 horas después de los alimentos, después de preparar la solución mantenerla en refrigeración. Es posible que se presenten diarrea, dolor abdominal, náusea

④ Stavudina (D4T) 15mg V.O. cada 12 horas Puede tomarse con o sin alimento, la solución debe mantenerse en refrigeración. Se puede presentar náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, alteraciones del sueño, erupción cutánea



Signos y síntomas de alarma

Dolor de oídos, fiebre, irritabilidad, se toca constantemente los pabellones auriculares, dermatitis en cualquier segmento de la piel incluyendo periné, lesiones (máculas, pápulas, erupciones, equimosis, nódulos, petequias, áreas rojas o con inflamación de boca, encías o carrillos, placas blanquecinas, sabor raro en la boca, dolor o dificultad para ingerir y deglutir alimentos, diarrea acuosa o semilíquida, malestar, náuseas, retortijones, tos seca o productiva, dificultad para respirar sibilancias.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de estudios de Postgrado
Especialidad en enfermería Infantil
Sede: hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Reporte Diario

Nombre de la alumna: _____ Fecha _____ Servicio _____
Nombre del paciente _____ Edad _____ Reg. de Expediente _____

Valoración focalizada de la necesidad de: _____
Datos subjetivos:

Datos objetivos (Exploración física focalizada, cuando corresponda)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuentes de la dificultad: (conocimientos, fuerza, y voluntad)

Diagnósticos de enfermería:

1.

2.

Comentarios:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

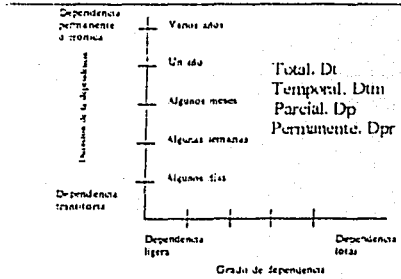


Tabla 6. Continuum in independencia-dependencia¹⁴

Figura 3. Grados que trasciende la duración y el grado de dependencia de una persona.

INDEPENDENCIA	<p>El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica.</p>	<p>Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén, o una prótesis.</p>	<p>Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido, aunque sea ligeramente.</p>	<p>Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén, o una prótesis.</p>	<p>Debe contar con otro, para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo.</p>	<p>Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.</p>	DEPENDENCIA
---------------	--	---	--	--	--	--	-------------