

00921
69



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A
PACIENTE LACTANTE MENOR CON DETERIORO PARENTAL
RELACIONADO CON ENFERMEDAD PROLONGADA,

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
SILVIA GASCA RIVEROLL

No. CTA. 8346561-1



[Firma]
DIRECTORA DE TRABAJO: LEO, LETICIA SANDOVAL ALONSO

MEXICO, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

2003

SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

A



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.

DEDICATORIAS

A MI HIJO...

Oscar Allan, con todo mi amor por haber compartido conmigo este proyecto, por tu comprensión cuando tenía mucha tarea y poco tiempo para ti. Por ser mi inspiración para continuar mi desarrollo profesional.

A MI MADRE...

Bertha, por todo el apoyo que me brindas, por que comprendes lo importante que es para mi continuar estudiando. Gracias por estar siempre presente cuando te necesito.

A MI FAMILIA...

Que de alguna manera directa o indirectamente han colaborado, para que yo alcance mis metas.

A GABY...

Por la gran ayuda que me diste al enseñarme computación y por que espero que volvamos a ser amigas.

A Ti...

Que entraste en mi vida, transformándola y llenándola de amor, de ese amor que me hacía falta para seguir viviendo. Por tu apoyo incondicional y por que estas presente en cada momento de mi vida.

Gracias por confiar en Silvia, la madre, la profesionista, la mujer.

A DIOS...

Por ser mi fiel compañero, por que tu infinito
amor ilumina mi vida.

A MI MAESTRA...

Bertha Cruz, por todo el apoyo académico y
administrativo que fueron fundamentales para llegar
a esta meta.

A MI DIRECTORA DE TRABAJO...

Leticia Sandoval, por la confianza que inspiro
en mi, permitiéndome realizar este trabajo
basado en sus enseñanzas.

A MIS QUERIDAS AMIGAS...

Que siempre han confiado en mí y están presentes
cuando las necesito, por el apoyo incondicional que
me dan, por su amistad y cariño sincero.

Guadalupe Morales Cuevas.

Lidia Valdetano Xaltepec.

Leticia Domínguez Subias.

Verónica Hernández García.

D

A JOSÉ...

**Por tu valiosa participación en la realización de este
trabajo, por que a pesar de ser tan pequeño me
brindaste la gran oportunidad de desarrollarlo
contigo y así poder ayudarte a recobrar tu salud.**

A TODOS MIS MAESTROS...

**Mi más sincero agradecimiento, por todas sus
enseñanzas que han contribuido a mi
desarrollo profesional.**

F

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGÍA.....	4
1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. ANTECEDENTES DE LA ENFERMERÍA.....	6
1.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	7
1.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	11
1.2.1. VENTAJAS DEL PROCESO.....	12
1.3. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	13
1.3.1. VALORACIÓN.....	13
1.3.2. DIAGNÓSTICO.....	14
1.3.3. PLANIFICACIÓN.....	14
1.3.4. EJECUCIÓN.....	15
1.3.5. EVALUACIÓN.....	16
1.4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	16
1.4.1. LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.....	18
1.4.2. LA SALUD/INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.....	20
1.4.3. ROL PROFESIONAL/CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD.....	22
1.4.4. ENTORNO.....	23
2. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	24
2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	24
2.2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	25
2.3. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS.....	26



	PÁG.
2.4. LISTADO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	30
2.5. PLANEACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA OBJETIVOS Y EVALUACIÓN.....	34
2.6. EJECUCIÓN.....	56
3. CONCLUSIONES.....	58
4. SUGERENCIAS.....	60
5. BIBLIOGRAFÍA.....	61
6. ANEXOS.....	64
6.1. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.....	65
6.2. GLOSARIO.....	74
6.3. CEDULA PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.....	78
6.4. EXÁMENES DE LABORATORIO.....	86

INTRODUCCIÓN

El desempeño profesional de la enfermería abarca todos los niveles relacionados con la salud, siendo indispensable el desarrollo de un espíritu analítico, sin perder de vista la globalidad y la exigencia de una competencia técnica de alto nivel, la cual debe ser brindada regida por un concepto holístico.

La práctica de la enfermería tiene como base un marco conceptual que guía la elaboración y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. En el presente trabajo se desarrolla éste, para satisfacer las necesidades básicas de un paciente lactante menor, hospitalizado en el servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Moctezuma de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

El proceso de atención de Enfermería está basado en el Modelo de Virginia Henderson, quien conceptualiza a la persona como un ser humano único y complejo que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad, en este caso por tratarse de un paciente lactante menor hospitalizado, se involucra al personal de enfermería de los 3 turnos, así como a la familia, para su aplicación. El trabajo contiene justificación, objetivos, metodología, marco teórico, desarrollo y aplicación de las 5 etapas del proceso, conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos.

JUSTIFICACIÓN

El Hospital Pediátrico Moctezuma de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, tiene la especialidad de cirugía pediátrica, por lo cual tiene un alto índice de atención sobre todo de pacientes recién nacidos que presentan alguna patología que requiera tratamiento quirúrgico. Al encontrarme asignada al servicio de Neonatología, se presenta la oportunidad de realizar éste Proceso de Atención de Enfermería, dirigido a un paciente lactante menor postoperado de Atresia Intestinal, al cual se le realizó como tratamiento temporal una colostomía, situación que origina en la madre del paciente gran inquietud y temor al desconocer los cuidados que requiere ahora su hijo.

Situación que considero importante, por lo cual realizó éste trabajo, basado en el Modelo de Virginia Henderson, identificando las 14 Necesidades Básicas. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería se realizará durante el periodo de hospitalización del paciente.

OBJETIVOS

✓ GENERAL:

- **Aplicar el proceso de Atención de Enfermería a paciente lactante menor, postoperado de Atresia intestinal, ingresado en el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Moctezuma de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.**

✓ ESPECÍFICOS:

- **Identificar las 14 Necesidades Básicas del lactante menor para desarrollar y aplicar el Proceso de Atención de Enfermería.**
- **Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería y utilizarlo como instrumento para presentar el examen profesional y obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.**

METODOLOGÍA

El presente Proceso de Atención de Enfermería se realizó siguiendo ciertos lineamientos en orden cronológico. En primer lugar se asistió a un Seminario-Taller llamado proceso de Atención de Enfermería impartido por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, con sede en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, los días martes de 16 a 21 horas, del 28 de enero al 20 de mayo del 2003. En dicho seminario se contó con material bibliográfico, proporcionado por la coordinación de educación continua de la ENEO.

También se obtuvo información de diferentes fuentes bibliográficas, para obtener las bases teóricas que sustentan los lineamientos a seguir en la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería y llegar a su desarrollo y aplicación, así como a la formulación del marco teórico.

Después de tener la información teórica, se prosiguió con la elección del paciente, lo cual no fue fácil, pero finalmente se eligió a paciente lactante menor postoperado de Atresia Intestinal. Se inicia con la primera etapa del proceso que es la valoración de las 14 Necesidades Básicas, obteniendo información mediante la entrevista del familiar, la observación y exploración física del paciente y de otras fuentes como es el expediente clínico.

Para la realización de los diagnósticos de enfermería se utilizaron los editados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y así desarrollar la segunda etapa del proceso, la planeación de las acciones de enfermería se realizó con base a la identificación de las necesidades del paciente, la ejecución la lleve a cabo durante mi jornada de trabajo y en tiempos extras que se solicitaron a las autoridades correspondientes para tener contacto directo con el familiar y lograr así su participación. En la última etapa del proceso se evaluaron los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada una de las etapas y sobre todo de la evolución del paciente. Finalmente se transcribió el trabajo en la computadora.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Enfermería.

La enfermería ha venido practicándose desde los albores de la especie humana, desde entonces ha cambiado mucho y continuará cambiando a medida que el conocimiento científico y los avances tecnológicos se incrementen.

Se debe a Florence Nightingale (1820-1910), el cambio de dirección de la enfermería y por ende, su concepción moderna. Ella pensaba que ésta disciplina tenía que responder a una vocación pero que ésta debería basarse en algo más que en la intuición y la dedicación. Esta precursora demostró que la salud de los enfermos y de los heridos podía restablecerse mediante la instrucción y la formación clínica de las enfermeras. Los programas modernos de atención siguen siendo fieles a ese modelo. Florence Nightingale dijo que "La enfermería nos coloca en la mejor condición natural posible para recuperar y preservar la salud"¹.

La disminución de las tasas de mortalidad de las personas a las que Florence Nightingale prodigó sus cuidados se debió tal vez al uso de procedimientos físicos en las áreas de medicina sanitaria, higiene y nutrición.

¹ WOLFF LEWIS, Luverne. Fundamentos de Enfermería. Traduc. Arturo Aparicio Vázquez, 4ª edición, Ed. Haría, México, 1992, p. 26.

La historia de la enfermería abunda en definiciones acuñadas por aquellos que han sido reconocidos como autoridades y que son por consiguiente, portavoces calificados de la práctica de esta disciplina. No obstante, los cambios en las definiciones no hacen sino reflejar las transformaciones por las que la enfermería sigue pasando. La definición que vino a enriquecer las ideas de Florence Nightingale en lo relativo a la promoción de la salud fue propuesta por Virginia Henderson en 1955 y modificada en 1966.

"La función que distingue a la enfermera es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyen a mantener la salud o a recuperarla, o en todo caso a un buen morir; actividades que la persona puede llevar a cabo por su propia cuenta si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Es función de la enfermera desempeñar su labor de una manera que ayuden al paciente a recuperar su independencia lo más rápidamente posible" ².

1.1.1. Conceptualización de la Enfermería.

La enfermería se concibe como el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y

² *Ibidem*, p. 30.

potencialidades para la vida, su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.

"El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado el cual se concibe como todas las acciones que realiza la enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe ó esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud. En suma el cuidado de enfermería es cuidar de la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida"³.

Por lo que la práctica de la enfermería es mucho más que la realización de técnicas y procedimientos pues al ser el cuidado a la persona su objeto de estudio, requiere de agudeza intelectual para elegir (un cuidado) una acción pensada, reflexionada, que responda a las necesidades particulares de la persona, lo que implica para quien lo realiza el dominio de conocimientos teóricos y metodológicos, de habilidades técnicas y de actitudes de compromiso hacia el sujeto del cuidado.

La enfermería se sustenta en cuatro núcleos básicos que son: el cuidado, la persona, el entorno y la salud:

³ CÁRDENAS JIMÉNEZ, Margarita. Conceptualización de la Enfermería, febrero 2000, UNAM-ENEO, México, p. 37.

- "El Cuidado: tiene diferentes connotaciones, cuidar de sí mismo, cuidar de otros y cuidar con otros. Los cuidados están orientados hacia la vida, están vinculados hacia esta necesidad de garantizar la continuidad de la vida.
- La persona: se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente a éstas, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo; maneras de ser que están en una relación mutua y simultánea con el entorno. La persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, que reflejan los valores, las creencias y las prácticas en torno a su salud que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular, lo que determina necesidades propias, capacidades y potencialidades, las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de enfermería, la noción de persona abarca al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.
- El Entorno: comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y al medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir, con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida de tal forma que las influencias

del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la vida de la persona. La interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud-enfermedad.

- La Salud: es un valor y una experiencia vida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo y permite la realización de las actividades cotidianas, por consiguiente varía de una cultura a otra. Los factores del estilo de vida son agentes causales de salud y enfermedad, la experiencia de la enfermedad forman parte de la experiencia de salud la cuál esta determinada por el potencial de vida, el estilo de vida, la calidad de vida y el significado de vida de la persona" ⁴.

⁴ Ibidem, p. 37 y 38.

1.2. Proceso de Atención de Enfermería.

"El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica" ⁵.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. Consta de cinco etapas "Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación" durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de enfermería que son:

⁵ GUILLEN VELASCO, Rocío. (Comp.), Planeación de Obstetricia II, Marzo 2002, UNAM-ENEO, México, p. 25.

- Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal
- Permitir a los individuos a grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

1.2.1. Ventajas del Proceso.

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

◇ Las ventajas para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejorar la calidad de la atención.

◇ Las ventajas para la enfermera son:

- Se convierte en experta.

- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

1.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

1.3.1. Valoración.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería; la primera parte de la identificación del problema en la que se reúne información para asegurarse de que dispone de toda la información necesaria, para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente. "La fase de valoración trata principalmente de la recogida de los datos, el examen de los mismos y la determinación del lugar en que encajarán dentro de la imagen global. Puesto que todas las decisiones e intervenciones de enfermería se basan en la información reunida durante esta fase. Este proceso incluye las siguientes actividades" ⁶.

- Recogida de datos: Reunir información sobre el paciente/cliente.
- Validación de los datos: Asegurarse de que conoce los datos que son hechos reales y los que son cuestionables.
- Organización de los datos: Organizar los datos en grupos de información que ayudarán a identificar patrones de salud o enfermedad.

⁶ ALFARO VELASCO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería, 2ª edición, Ed. Mosby, México, 1992, p. 7.

- **Comunicación/anotación de los datos:** Informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento y completar la recogida de la base de datos.

1.3.2. Diagnóstico.

Es la segunda etapa del proceso de enfermería, en donde después de haber reunido, examinado los datos y se ha empezado a detectar patrones de salud o enfermedad, durante esta etapa se acabará de ordenar los datos, para identificar los problemas y las capacidades (que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente).

⇒Razonamiento Diagnóstico: El proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico o el método de pensamiento que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo, se denomina Razonamiento Diagnóstico. Su habilidad para identificar los diagnósticos de enfermería y otros problemas de salud, dependerá de la habilidad para ser metódica, sistemática y lógica para alcanzar conclusiones acerca de los problemas y capacidades de salud del paciente.

1.3.3. Planificación.

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, damos inicio al tercer paso del proceso de

enfermería: La planificación, es el momento en que se determina cómo brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos, la planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados.
- Determinación de las acciones/actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados de enfermería.

1.3.4. Ejecución.

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades de enfermería:

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se

realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales del paciente.

1.3.5. Evaluación.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

1.4. Modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson, inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería. Lo que a ella la llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera

desde su época de estudiante, "sus experiencias teóricas y prácticas la llevaron a preguntarse qué es lo que deberían de hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud" ⁷. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

Apartir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión. En 1956 define la función propia de la enfermera en el libro "The Nature Of Nursing" de la siguiente forma:

"La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible" ⁸.

⁷ FERNANDEZ FERRÍN, Carmen. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 69.

⁸ *Ibidem*. p. 70.

Apartir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos de modelo de Virginia Henderson:

- 1. La Persona:**
 - Necesidades básicas.
- 2. Salud:**
 - Independencia.
 - Dependencia.
 - Causas de la dificultad o problema.
- 3. Rol Profesional:**
 - Cuidados básicos de enfermería.
 - Relación con el equipo de salud.
- 4. Entorno:**
 - Factores ambientales.
 - Factores socioculturales.

1.4.1. La Persona y las 14 Necesidades Básicas.

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

14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.
5. Necesidad de Descanso y Sueño.
6. Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas.
7. Necesidad de Termorregulación.
8. Necesidad de Higiene y protección de la Piel.
9. Necesidad de Evitar Peligros.
10. Necesidad de Comunicarse.
11. Necesidad de Vivir Según sus Creencias.
12. Necesidad de Trabajar y Realizarse.
13. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.
14. Necesidad de Aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de forma diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas, están determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona,

así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. "Esto quiere decir que el estudio por separadazo de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo" ⁹.

1.4.2. La Salud / Independencia / Dependencia y Causas de la Dificultad.

Desde la filosofía humanística de Virginia Henderson, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a tres causas y que Virginia Henderson identifica así: *Falta de Fuerza, Falta de Conocimiento o Falta de Voluntad.*

➤ Independencia.

⁹ Ibidem, p. 71.

La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

➤ Dependencia.

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

➤ Causas de la Dificultad.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades:

1. *Falta de Fuerza*: Interpretamos por FUERZA, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. **Falta de Conocimiento:** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. **Falta de Voluntad:** Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 Necesidades Básicas.

"La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deben ser valorados para la participación de las intervenciones correspondientes. El tipo de participación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinada por el grado de dependencia identificado" ¹⁰.

1.4.3. Rol Profesional / Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud.

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Virginia Henderson afirma que: "Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado de análisis de las necesidades humanas, son

¹⁰ PHANEUF, Margot. "Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson" en: Cuidados de enfermería El Proceso de Atención de Enfermería. Traduc. Carlos Ma. López González, Ed. Mc Graw-Hill, Madrid, 1993, p. 17.

universalmente los mismos, por que todos tenemos necesidades comunes " ¹¹. Sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de *Cuidados Individualizados* y dirigidos a la persona en su totalidad.

Virginia Henderson, también analiza la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella.

1.4.4. Entorno.

Virginia Henderson, no incluyo un concepto de entorno en su modelo. Sin embargo si se analiza el contenido de su modelo, encontraremos que la autora menciona de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así podemos afirmar que el entorno esta contemplado sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influncian.

¹¹ FERNANDEZ FERRÍN, Carmen. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ob. Cit., p. 74.

2. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1. Presentación del Caso.

Se trata de paciente masculino de 40 días de vida extrauterina, el cual es producto de la G III, P III, A 0, C 0, de madre de 20 años, la cual refiere haber tenido vigilancia cada mes del embarazo, solo se realiza un ultrasonido el cual aparentemente estaba normal, el producto fue obtenido por parto eutócico, lloro y respiro al nacer, desconoce calificación de Apgar y Silvermam, con un peso de 2.500 kilogramos y talla de 45 centímetros.

Su padecimiento actual lo inicia a las 48 horas de vida extrauterina, al presentar intolerancia a la vía oral, motivo por el cual es llevado al servicio de urgencias del Hospital Pediátrico Moctezuma, siendo valorado por médico de guardia, el cual a la exploración del paciente observa vómito de contenido biliar, la madre refiere que el paciente no ha evacuado desde su nacimiento por lo que se solicita placa de rayos x, en la cual se observa patrón oclusivo.

El paciente es ingresado al servicio de Neonatología, en donde se toman estudios de laboratorio y gabinete, para ser intervenido quirúrgicamente, dentro del quirófano se le realiza una anastomosis así como derivación intestinal (colostomía). Actualmente el paciente se encuentra hipoactivo, con mucosas

orales semihidratadas, presenta dehiscencia de la herida quirúrgica así como presencia de secreción purulenta, marcado tinte icterico por lo que se realiza ultrasonido de vías biliares, se inicia vía oral con leche NAN sin lactosa, la cual es aceptada y tolerada adecuadamente.

- Diagnóstico de Ingreso: Atresia Intestinal.
- Diagnóstico Actual: Potsoperado de Atresia Intestinal.

Sepsis.

Síndrome Colectasico.

2.2. Ficha de identificación.

Nombre: Y. J. J. M.

Edad: 40 días.

Sexo: Masculino

Peso: 2. 500kg.

Talla: 45 cm.

Fecha de Nacimiento: 22 de febrero del 2003.

Lugar de Nacimiento: Estado de México

Fecha de Ingreso: 26 de febrero del 2003.

Hora de Ingreso: 20 : 00 horas.

Procedencia: Domicilio.

Persona Significativa: M. E. J. C. (Madre).

2.3. Valoración de las Necesidades Básicas.

A continuación se describe la valoración de cada una de las Necesidades Básicas, seguido de un listado de diagnósticos de enfermería, del plan de atención con objetivos, intervenciones de enfermería y evaluación. Al final se realizó la descripción de la etapa de ejecución.

1. Necesidad de oxigenación.

- **Datos de Independencia:** El paciente respira por sí mismo. Sus signos vitales son los siguientes:
 - o Frecuencia cardíaca: 140 x'.
 - o Temperatura: 37° C.
- **Datos de Dependencia:** El paciente se encuentra polipneico (frecuencia respiratoria de 60x') a la auscultación se escuchan campos pulmonares ventilados con presencia de estertores difusos, la piel presenta tinte icterico, el llenado capilar es de 2 a 3 segundos, los miembros inferiores se encuentran edematosos, el paciente la mayor parte del tiempo se encuentra en decúbito dorsal.

2. Necesidad de nutrición e Hidratación.

- **Datos de Independencia:** El paciente presenta adecuada aceptación y tolerancia a la vía oral.
- **Datos de Dependencia:** El paciente por ser lactante menor depende totalmente de la persona que esta a su cuidado para ser alimentado, presenta intolerancia a la lactosa por lo que se indica formula láctea sin lactosa, también tiene apoyo hídrico con soluciones parenterales las cuales son administradas por catéter de doble lumen, insertado en vena yugular externa derecha, la piel se encuentra seca, el cabello sin brillo con tendencia a caerse, las mucosas orales se observan semihidratadas, el llanto es sin lágrimas, cuenta con 20 días de postoperado y la herida quirúrgica esta dehiscente con presencia de secreción purulenta.

3. Necesidad de Eliminación.

- **Datos de Independencia:** La eliminación urinaria es de 6 a 8 en 24 horas, y la eliminación de excretas es involuntaria ya que tiene una colostomía, presentando heces semilíquidas de color amarillo. El abdomen se encuentra blando con peristalsis presente.
- **Datos de Dependencia:** El paciente presenta orina de color amarillo intenso, para la eliminación de evacuaciones tiene una colostomía la que requiere de un cuidado especial.

4. Necesidad de Termorregulación.

- **Datos de Independencia:** No se encuentran datos de independencia ya que el paciente presenta un proceso séptico.
- **Datos de dependencia:** El paciente cursa con un proceso infeccioso lo que genera aumento de la temperatura corporal. Además el área donde se encuentra hospitalizado es cerrada y con poca ventilación. También debemos tomar en cuenta que por ser lactante menor es más susceptible a cambios de temperatura.

5. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.

- **Datos de Independencia:** Se observa que el paciente en ocasiones se mueva dentro de su cuna.
- **Datos de Dependencia:** Por tratarse de un paciente lactante menor que cursa con un proceso séptico y un postoperatorio tardío su movimiento es limitado, generalmente permanece en la posición que se coloque, sus articulaciones se encuentran epásticas, así como su tono muscular es flácido.

6. Necesidad de Descanso y Sueño.

- **Datos de Independencia:** No se encuentran datos de independencia ya que el paciente se encuentra hospitalizado lo que altera su patrón de sueño.

- **Datos de Dependencia:** Al encontrarse el paciente hospitalizado su patrón de sueño se ve alterado por el ambiente hospitalario, además de los diferentes procedimientos que se le realizan no permiten que tenga un sueño tranquilo, lo que origina que el paciente se encuentre somnoliento, y presente irritabilidad al manejo.

7. Necesidad de Usar Prendas de Vestir.

- Esta necesidad por el momento no fue valorada, por encontrarse el paciente hospitalizado.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

- **Datos de Independencia:** No se encontraron datos de independencia al valorar esta necesidad.
- **Datos de Dependencia:** El paciente al encontrarse hospitalizado depende totalmente del personal de enfermería para que lo bañe, que regularmente es en el turno matutino, la piel se observa seca, el cabello sin brillo, presenta eritema periestomal.

9. Necesidad de Evitar Peligros.

- **Datos de Independencia:** No se encuentran datos de independencia al valorar esta necesidad.
- **Datos de Dependencia:** Al encontrarse hospitalizado el paciente es susceptible a cualquier infección intrahospitalaria, así como de sufrir accidentes involuntarios por parte del personal de salud.

10. Necesidad de Comunicarse.

- **Datos de Independencia:** El paciente al ser lactante menor se expresa por medio del llanto.
- **Datos de Dependencia:** Para un paciente que se encuentra hospitalizado es muy importante tener contacto con personas significativas, por que el ambiente hospitalario es frío y solitario, además en ocasiones la carga de trabajo no permite establecer comunicación afectuosa con el paciente.

2.4. Listado de Diagnósticos de Enfermería.

1. Necesidad de Oxigenación.

➤ **Diagnóstico 1:** Alto riesgo de deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión.

➤ **Diagnóstico 2: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones manifestado por presencia de estertores difusos en ambos campos pulmonares.**

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

➤ **Diagnóstico 3: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir o absorber los nutrientes manifestado por diarrea, caída excesiva de pelo y pérdida de peso corporal.**

➤ **Diagnóstico 4: Interrupción de la lactancia materna relacionado con prematuridad manifestado por separación madre-hijo.**

➤ **Diagnóstico 5: Alto riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.**

➤ **Diagnóstico 6: Retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con postoperatorio prolongado manifestado por herida quirúrgica dehiscente con presencia de secreción purulenta.**

3. Necesidad de Eliminación.

➤ **Diagnóstico 7: Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con colostomía.**

➤ **Diagnóstico 8: Alto riesgo de deterioro parental relacionado con el manejo de la colostomía.**

4. Necesidad de Termorregulación.

- Diagnóstico 9: Termorregulación inefectiva en relación con la transición al ambiente extrauterino manifestado por hipotermia.
- Diagnóstico 10: Hipertermia relacionada con proceso infeccioso manifestada por temperatura de 38° C.

5. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.

- Diagnóstico 11: Deterioro de la movilidad física relacionado con incapacidad de movimiento voluntario manifestado por presión en prominencias óseas.

6. Necesidad de Descanso y Sueño.

- Diagnóstico 12: Deterioro del patrón del sueño relacionado con interrupción para procedimientos terapéuticos, controles o pruebas de laboratorio manifestado por irritabilidad.

7. Necesidad de Usar Prendas de Vestir.

- Esta necesidad por el momento no fue valorada, por encontrarse el paciente hospitalizado.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

- **Diagnóstico 13: Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con edema e inmovilidad.**
- **Diagnóstico 14: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad manifestado por eritema de la piel periestomal.**

9. Necesidad de Evitar peligros.

- **Diagnóstico 15: Alto riesgo de caídas y quemaduras relacionado con extremos de la edad.**
- **Diagnóstico 16: Alto riesgo de infecciones intrahospitalarias relacionado con la realización de procedimientos invasivos.**

10. Necesidad de Comunicación.

- **Diagnóstico 17: Alto riesgo de retraso en el desarrollo psicomotriz relacionado con prematurez.**
- **Diagnóstico 18: Alto riesgo de conducta desorganizada del lactante relacionada con sobrestimulación ambiental.**
- **Diagnóstico 19: Alto riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño.**

2.5. Planeación de Intervenciones de Enfermería, Objetivos y Evaluación.

➤ **Diagnóstico 1:** Alto riesgo de deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión.

⇒ **Objetivos:**

- Mantener vías aéreas permeables durante el turno.
- Mantener monitorizado al paciente para identificar cambios en su patrón respiratorio.

⇒ **Intervenciones de Enfermería.**

1. Mantener vías aéreas permeables.
2. Dar micronebulizaciones y fisioterapia pulmonar cada 4 horas.
3. Aspiración gentil de secreciones.
4. Valorar la toma de gasometría.
5. Favorecer el drenaje postural, para la eliminación de secreciones.

⇒ **Evaluación:** Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, al mejorar la ventilación del paciente, esto fue valorado al tomar gasometría y obtener resultados normales y a la auscultación de campos pulmonares se escucha buena entrada y salida de aire con disminución de estertores, la administración de oxígeno fue por poco tiempo.

El monitoreo no invasivo del paciente no se llevo a cabo continuamente, ya que en el servicio solo se cuenta con 3 oxímetros de pulso, que son insuficientes para cubrir las necesidades de cada paciente, por lo cual se da prioridad a los pacientes que tienen apoyo ventilatorio.

➤ **Diagnóstico 2:** Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con secreciones manifestado por presencia de estertores difusos en ambos campos pulmonares.

⇒ **Objetivos:**

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Favorecer el intercambio gaseoso.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Dar fisioterapia pulmonar.
2. Aspiración frecuente y gentil de secreciones.
3. Dar cambios frecuentes de posición al paciente.
4. Valorar la administración de oxígeno.
5. Auscultación frecuente de campos pulmonares.
6. Toma y valoración de gasometrías.

⇒ **Evaluación:** Con las intervenciones de enfermería que se planearon para las necesidades del paciente, se lograron resultados satisfactorios, el paciente mejoro

notablemente, las secreciones orofaríngeas fueron más fluidas, la aspiración de secreciones solo se realizó en pocas ocasiones, la administración de oxígeno solo fue por dos días, a la auscultación de campos pulmonares se escuchan limpios con buena entrada y salida de aire. El control gasométrico dió resultados normales.

➤ **Diagnóstico 3:** Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir o absorber los nutrientes manifestado por diarrea, caída excesiva de pelo y pérdida de peso corporal.

⇒ **Objetivos:**

- Mantener el peso ideal del paciente de acuerdo a su edad.
- Proporcionar la fórmula láctea que cubra sus requerimientos nutricionales.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Solicitar fórmula láctea sin lactosa.
2. Proporcionar la fórmula en los horarios establecidos.
3. Pesar al paciente siempre a la misma hora, con la misma ropa, preferentemente por la mañana.
4. Vigilar signos y síntomas de intolerancia a la fórmula.
5. Valorar las características y cantidad de las evacuaciones.

⇒ **Evaluación:** El principal objetivo que se planteó no se logró alcanzar, ya que el paciente a su ingreso pesaba 2.900 Kg y actualmente pesa 2.500 Kg. A pesar de que se proporcionó fórmula láctea sin lactosa el paciente continuó presentando evacuaciones diarreicas, teniendo pérdida considerable de peso para su edad, repercutiendo en su estado de salud.

➤ **Diagnóstico 4:** Interrupción de la lactancia materna relacionado con prematuridad manifestado por separación madre-hijo.

⇒ **Objetivos:**

- Orientar a la madre sobre la importancia de la lactancia materna.
- Establecer horarios para que el paciente sea amamantado.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Iniciar la lactancia materna en cuanto las condiciones del paciente lo permitan.
2. Enseñar a la madre sobre la obtención y almacenamiento de la leche materna.
3. Enseñar a la madre la técnica de alimentación con vaso.
4. Informar a la madre la importancia de mantener una alimentación equilibrada para la producción de leche.

5. Involucrar a la madre en la alimentación del paciente en horarios fuera de la visita.

⇒ **Evaluación:** Los objetivos para este diagnóstico solo se lograron en un 60%, por no ser posible iniciar la lactancia materna, por el estado de salud del paciente, ya que al presentar un alto gasto por el estoma, requirió de una fórmula láctea especial. La participación de la madre consistió en alimentar al paciente.

➤ **Diagnóstico 5:** Alto riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.

⇒ **Objetivos:**

- Favorecer de medidas asepticas en el manejo del catéter central.
- Limitar la manipulación del catéter central.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Realizar la curación del catéter cada 24 o 48 horas.
2. Valorar la presencia de signos de infección.
3. Mantener la piel de entrada del catéter limpia, seca y cubierta.
4. Anotar fecha de instalación del catéter, así como la fecha de curación.
5. Dar el uso correcto al catéter.

6. Ministran medicamentos y soluciones parenterales respetando los principios de asepsia y antisepsia.

⇒ **Evaluación:** Al momento del ingreso del paciente se le instaló un catéter de doble vía en la vena yugular izquierda, al cual se le realizó curación cada 24 horas, el catéter fue extraído accidentalmente y se instaló otro en la vena yugular derecha. Por lo que se habló con la jefe del servicio para solicitar que el manejo del catéter estuviera regido por las intervenciones de enfermería planeadas. Cubriéndose en su mayoría los objetivos planteados al contar con la participación del personal de enfermería de los tres turnos y se continuará con este plan hasta el retiro del catéter.

➤ **Diagnóstico 6:** Retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con postoperatorio prolongado manifestado por herida quirúrgica dehiscente con presencia de secreción purulenta.

⇒ **Objetivo:**

- Favorecer la cicatrización de la herida quirúrgica.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Valorar diariamente la evolución de la herida quirúrgica.
2. Realizar curación de la herida por turno.

3. **Mantener la herida limpia, seca y cubierta.**
4. **Ministrar los antibióticos prescritos, respetando los horarios establecidos.**
5. **Proteger la piel cercana a la herida.**
6. **Realizar lavado de manos antes y después de manipular al paciente.**
7. **Informar a la familia la importancia del uso de bata y del lavado de manos antes de entrar al servicio.**

⇒ **Evaluación:** Los objetivos establecidos para este diagnóstico no se han cumplido en su totalidad, por que la herida quirúrgica continua presentando secreción purulenta en menor cantidad, la dehiscencia de la herida fue de 8 centímetros la cicatrización ha sido lenta, actualmente la herida presenta 2 centímetros de dehiscencia, con la colaboración del personal de enfermería de los tres turnos se llevaron a cabo las intervenciones de enfermería las cuales se continuarán realizando hasta que la herida quirúrgica cicatriza totalmente y así cumplir con los objetivos. También fue importante la participación de la familia, al respetar las indicaciones establecidas para ingresar al servicio.

➤ **Diagnóstico 7:** Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con colostomía.

⇒ **Objetivos:**

- Proteger la piel periestomal para evitar lesiones dérmicas.

- Enseñar a la madre el cuidado de la colostomía.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Valorar el estado de la piel por turno.
2. Tomar bililastix en evacuaciones para conocer el pH de las mismas.
3. Realizar el cambio de la bolsa cada que sea necesario.
4. Valorar cambios en el estoma (necrosis, hemorragia, edema, prolapso).
5. Programar la asistencia de la madre cuando se realice el cambio de la bolsa de colostomía.
6. Vaciar la bolsa cuando se encuentre 1/3 de su capacidad.

⇒ **Evaluación:** Es importante conocer el manejo de la colostomía para identificar las alteraciones que se presenten, además de conocer el pH de las evacuaciones para proteger la piel ya que las lesiones que se presentan pueden ser muy severas, los objetivos que se plantearon se han cumplido satisfactoriamente.

Dentro de la enseñanza que se dio a la madre del paciente, fue programada en horarios de visita y así dar la información necesaria sobre el manejo de la colostomía, para ello asistí en varias ocasiones en el turno matutino, para realizar el baño del paciente con la madre presente. La importancia de no dejar llenar la bolsa de colostomía radica en que al estar llena la bolsa el mismo peso provoca que se desprege y la evacuación queda en contacto directo con la piel, además el

costo de las bolsas es elevado. Por lo que las intervenciones de enfermería fueron acordes a las necesidades del paciente, cumpliéndose los objetivos.

➤ **Diagnóstico 8:** Alto riesgo de deterioro parental relacionado con la presencia de colostomía.

⇒ **Objetivos:**

- Lograr que la madre se familiarice con el manejo de la colostomía.
- Favorecer la relación madre-hijo.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Facilitar la asistencia de la madre dos veces por turno.
2. Enseñar a la madre la forma de comunicarse con el paciente.
3. Programar el cambio de la bolsa de colostomía durante la visita.
4. Informar a la familia sobre la función de la colostomía y sobre sus cuidados.
5. Resolver las dudas que se presenten respecto a la colostomía.
6. Permitir que la madre realice el cambio de la bolsa.
7. En caso de ser necesario solicitar el apoyo del área de psicología.

⇒ **Evaluación:** La realización de la colostomía, altera la imagen del paciente, en este caso por ser un paciente lactante menor la familia es quien experimenta esta situación. Al tener contacto con la madre me expone su angustia y temor sobre la

presencia de la colostomía. Los objetivos planeados se cumplieron satisfactoriamente al enseñar a la madre la función de la colostomía, así como sus cuidados, la necesidad de cuidar la piel y sobre todo la importancia de mantener comunicación estrecha con el paciente. Se solicitó a las autoridades del hospital que se permitiera la entrada de la madre al servicio cuantas veces fuera necesario, para llevar a cabo las intervenciones de enfermería. Por laborar en el turno nocturno fue un poco difícil la asistencia de la madre en cada guardia, pero en las ocasiones que asistió se aprovecharon para realizar las intervenciones de enfermería, obteniendo una respuesta favorable por parte de la madre, ya que logro realizar el cambio de la bolsa de colostomía, disminuyendo considerablemente su temor lo que favoreció la relación con el paciente.

➤ **Diagnóstico 9:** Termorregulación inefectiva en relación con la transición al ambiente extrauterino manifestado por hipotermia.

⇒ **Objetivos:**

- Mantener normotérmico al paciente.
- Crear un ambiente óptimo para el control de la temperatura.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Colocar hoja de curva térmica en la cabecera del paciente.
2. Mantener monitorizado al paciente.

3. Comprobar el funcionamiento correcto de la cuna térmica.
4. Mantener un ambiente calido en el cubículo del paciente.
5. Realizar cambio frecuente del pañal.
6. Valorar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

⇒ **Evaluación:** La estructura del servicio de Neonatología tiene poca ventilación, lo que origina que la temperatura en el área sea elevada, además del calor de las cunas térmicas e incubadoras el ambiente se torna caliente. El estado de salud del paciente origino que este se mantuviera con febrícula la mayor parte del tiempo, esto fue valorado al llevar la gráfica de temperatura, no siendo cumplidos en su totalidad los objetivos planeados.

➤ **Diagnóstico 10:** Hipertermia relacionada con proceso infeccioso manifestada por temperatura de 38° c.

⇒ **Objetivo:**

- Evitar complicaciones a causa de la hipertermia.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Mantener monitorizado al paciente.
2. Llevar hoja de curva térmica.
3. Identificar signos y síntomas de alarma.

4. Realizar control de temperatura por medios físicos.
5. Administración de antibióticos prescritos.
6. Evitar cambios bruscos de temperatura.

⇒ **Evaluación:** El paciente al presentar la dehiscencia de la herida quirúrgica con secreción purulenta, desarrolla un proceso infeccioso que da como resultado la elevación de la temperatura, siendo cumplidos los objetivos elaborados para este diagnóstico, al aplicar las intervenciones de enfermería, para llevar un control estricto de la temperatura y de esta forma satisfacer la necesidad de termorregulación del paciente

➤ **Diagnóstico 11:** Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución del tono muscular manifestado por presión en prominencias óseas.

⇒ **Objetivos:**

- Favorecer la movilidad del paciente.
- Evitar lesiones en prominencias óseas.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Elaborar un plan de ejercicios pasivos.
2. Colocar un colchón de agua.
3. Realizar cambios frecuentes de posición.

4. **Mantener la piel limpia y seca.**

5. **Involucrar a la madre en la realización de los ejercicios pasivos.**

⇒ **Evaluación:** Por encontrarse el paciente hospitalizado en una institución pública, no se cuenta con colchones de agua y los recursos económicos de la familia son escasos, para lograr los objetivos realizados para este diagnóstico se utilizaron bolsas de soluciones para formar el colchón de agua. Para la realización de los ejercicios pasivos se informó a la madre la forma de realizarlos al paciente durante las visitas, además de realizarlos yo dos veces por turno, apoyada por las diferentes intervenciones de enfermería desarrolladas para satisfacer las necesidades del paciente.

➤ **Diagnóstico 12:** Deterioro del patrón del sueño relacionado con interrupción para procedimientos terapéuticos manifestado por irritabilidad.

⇒ **Objetivos:**

- Crear un ambiente agradable que favorezca el descanso del paciente.
- Minimizar los procedimientos terapéuticos durante el turno nocturno.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Programar horarios de administración de medicamentos, control de signos vitales y cuidados específicos de forma que no interrumpen el descanso nocturno.
2. Utilizar luces tenues durante el turno nocturno.
3. Mantener una temperatura y ventilación agradables en el servicio.
4. Disminuir los sonidos de las alarmas de aparatos electromédicos.
5. Orientar a la madre de la importancia de arrullar al paciente durante la visita.

⇒ **Evaluación:** Debido a los diferentes procedimientos terapéuticos que se le realizan al paciente, su sueño se ve alterado, viéndose reflejado en su estado emocional, ya que el paciente responde con irritabilidad. Por lo cual se establecieron horarios en el turno nocturno para favorecer el descanso del paciente, también se creó un ambiente agradable que favorezca el sueño, se apoyó a la madre dándole más tiempo del establecido para la visita, para que cargara al paciente, lo arrulle y le indujera un sueño confortable. Satisfaciendo así la necesidad de descanso y sueño.

➤ **Diagnóstico 13:** Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con edema e inmovilidad.

⇒ **Objetivos:**

- Evitar complicaciones relacionadas a la presencia de edema.

- Favorecer la movilidad del paciente.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
2. Evitar pliegues en la ropa de cama.
3. Realizar aseo del área perineal en cada cambio de pañal.
4. Utilizar jabón neutro para el baño del paciente.
5. Secar la piel del paciente con palmaditas.
6. Dar cambios frecuentes de posición al paciente.

⇒ **Evaluación:** Debido a que la piel del paciente por su corta edad es muy delicada, las intervenciones de enfermería están encaminadas para proteger la piel, estas intervenciones fueron realizadas durante la jornada de trabajo y solicitando apoyo de los diferentes turnos, cada una de las intervenciones se cumplieron satisfactoriamente, logrando alcanzar los objetivos propuestos.

➤ **Diagnóstico 14:** Deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad manifestado por eritema de la piel periestomal.

⇒ **Objetivos:**

- Elaborar un plan de cuidados específicos para el paciente con colostomía.
- Limitar el daño de la piel periestomal.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Colocar en el estoma una bolsa pediátrica.
2. Verificar que no quede aire entre la piel del paciente y el adhesivo.
3. Realizar el orificio de la bolsa al tamaño exacto del estoma.
4. Comprobar que la piel se encuentre limpia y seca antes de colocar la bolsa.
5. Lavar la piel periestomal con jabón neutro y secarla con palmaditas.
6. Aplicar un protector de barrera en la piel periestomal.
7. Vaciar la bolsa cuando se encuentre a 1/3 de su capacidad.

⇒ **Evaluación:** Es de suma importancia conocer el manejo de un paciente con colostomía, por que las lesiones que se presentan en la piel periestomal pueden ser muy severas y dolorosas, de ahí que las intervenciones de enfermería planeadas para este diagnóstico fueron fundamentales para corregir las lesiones presentes y prevenir severas complicaciones, cumpliendo así con los objetivos elaborados.

➤ **Diagnóstico 15:** Alto riesgo de caídas y quemaduras relacionado con extremos de la edad.

⇒ **Objetivos:**

- Prevenir accidentes al paciente.
- Crear un ambiente de seguridad para el paciente.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Solicitar mantenimiento preventivo y correctivo de cunas térmicas e incubadoras.
2. Evitar dejar solo al paciente con las barandillas abajo.
3. Informar a todo el personal multidisciplinario y familiares la importancia de mantener las barandillas elevadas.
4. Mantener al paciente bajo vigilancia estrecha.
5. Llevar curva de temperatura de la cuna térmica.
6. Medir la temperatura del agua antes del baño del paciente.
7. Evitar derramar líquidos sobre los aparatos electromédicos.

⇒ **Evaluación:** Todo ambiente hospitalario tiene un cierto grado de peligros que pueden afectar a los pacientes en diferentes grados, de ahí la importancia de llevar a cabo las intervenciones de enfermería encaminadas a la prevención de accidentes al paciente hospitalizado sobre todo cuando se trata de un lactante menor, que por su corta edad es más susceptible a cualquier situación de peligro. Con la realización de estas intervenciones de enfermería se obtuvieron resultados satisfactorios para los objetivos propuestos.

➤ **Diagnóstico 16:** Alto riesgo de infección intrahospitalaria relacionado con la realización de procedimientos invasivos.

⇒ **Objetivo:**

- Proteger al paciente de infecciones intrahospitalarias.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Explicar a los familiares los factores que hacen al paciente susceptible de sufrir infecciones.
2. Realizar lavado de manos antes y después de tocar al paciente y explicar a los familiares la necesidad de realizar esta medida, así como de cuidar los aspectos de higiene personal.
3. Mantener rigurosa asepsia en los cuidados de mantenimiento de catéteres, drenajes, sondas y heridas quirúrgicas.
4. Utilizar guantes desechables para el manejo de fluidos.
5. Utilizar ropa estéril en el área de neonatos.
6. Continuar con el uso de uniforme quirúrgico en el servicio.
7. Colocar en la cabecera del paciente termómetro, cinta métrica y estetoscopio para uso exclusivo del mismo.
8. Proporcionar bata y cubre bocas al familiar para entrar al servicio.

⇒ **Evaluación:** Las intervenciones de enfermería elaboradas para satisfacer esta necesidad de evitar peligros, fueron realizadas en los diferentes turnos al ser implementadas como medidas preventivas, tanto para el personal del servicio como para la entrada de los familiares, siendo su participación muy valiosa al

respetar las indicaciones que de les dieron. A pesar de que se realizaron las actividades de enfermería el paciente presentó una infección nosocomial, ya que al realizar cultivos como son: exudado faringueo, cultivo de catéter, urocultivo, dentro de los resultados se encontró presencia de pseudomona aeruginosa, cándida. Por lo que los objetivos no se cumplieron.

➤ **Diagnóstico 17:** Alto riesgo de retraso en el desarrollo psicomotriz relacionado con prematurez.

⇒ **Objetivo:**

- Estimular por medio de ejercicios las áreas psicomotrices, dos veces al día.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Realizar un control estricto de temperatura.
2. Elaborar un plan de estimulación temprana.
3. Favorecer la comunicación con el paciente.
4. Orientar a la madre sobre la importancia de que estimule al paciente durante las visitas.

⇒ **Evaluación:** Por tratarse de un paciente lactante menor, los resultados de las intervenciones no pueden ser valorados en este momento, además algunas intervenciones de enfermería son a largo plazo. Por el momento solo se puede dar

la información necesaria para que la madre sea capaz de identificar cualquier alteración que pudiera presentar su hijo durante las diferentes etapas de su crecimiento y desarrollo.

➤ **Diagnóstico 18:** Alto riesgo de conducta desorganizada del lactante relacionada con sobrestimulación ambiental.

⇒ **Objetivos:**

- Crear un ambiente agradable para el paciente.
- Evitar agresiones físicas o psicológicas al paciente.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Identificar cuando el llanto del paciente es por dolor.
2. Limitar los procedimientos invasivos.
3. Respetar los periodos de sueño fisiológico.
4. Conocer la patología del paciente para identificar signos y síntomas de alarma.
5. Evitar sonidos fuertes que sobrestimulen al paciente.

⇒ **Evaluación:** El paciente lactante menor es muy sensible a cualquier estímulo ya sea ambiental o físico, lo que origina en él una alteración que en ocasiones puede pasar inadvertida, por ello las intervenciones de enfermería están dirigidas

hacia la protección del paciente tanto físicas como psicológicamente. Por el momento los resultados no pueden ser valorados en su totalidad, pero las intervenciones se realizaron de acuerdo a las necesidades que se identificaron en el paciente.

➤ **Diagnóstico 19:** Alto riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño relacionado con prematuridad.

⇒ **Objetivos:**

- Mantener al paciente acompañado por su familia.
- Promover que la familia participe en el cuidado del paciente.

⇒ **Intervenciones de Enfermería:**

1. Mantener comunicación directa con la familia.
2. Elaborar un plan de cuidados básicos para que participe la familia.
3. Informar a la madre sobre la importancia de que acaricie y hable con el paciente.
4. Permitir a la madre la entrada al servicio en honorarios fuera de la visita.
5. Solicitar a la madre objetos que le sean agradables al paciente (cajas musicales, móviles).
6. Estimular a la familia para que carguen al paciente, cuando las condiciones del paciente lo permitan.

⇒ **Evaluación:** Las intervenciones de enfermería tienen como objetivo principal favorecer la comunicación entre el paciente y su familia, en este caso quien tuvo la mayor participación fue la madre del paciente al tener mayor contacto con él. Siendo para mí la prioridad que la madre comprendiera que el paciente a pesar de ser tan pequeño necesitaba mucho de su compañía, de su amor, el cual podía ser transmitido a través de caricias, de palabras amorosas, apoyada por objetos que estimulen al paciente. Siendo cumplidos los objetivos satisfactoriamente, al observar que la relación madre-hijo mejoro notablemente.

2.6. Ejecución.

La cuarta etapa del Proceso de Atención de Enfermería corresponde a la ejecución en la cual se ponen en práctica las intervenciones de enfermería planeadas, con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos en la etapa de planeación. En este caso por tratarse de un paciente lactante menor hospitalizado su estado de dependencia es mayor.

El plan de cuidados fue dado a conocer a toda persona que interviene en el cuidado del paciente, así como a la familia, siendo la madre del paciente quien tuvo mayor participación. El plan fue llevado a cabo durante mi jornada de trabajo y en ocasiones en el turno matutino, para poder tener contacto con la madre del paciente y lograr así cumplir los objetivos que se relacionaban con ella, logrando establecer una comunicación pedagógica, al llevarse a cabo pequeñas sesiones de enseñanza formal apoyadas con materiales didácticos e informal.

Con el paciente se estableció una comunicación funcional al tener comunicación verbal y de tacto por parte mía y del paciente no verbal, lo que me permitió conocer al paciente e identificar sus necesidades físicas y emocionales, realizando las intervenciones de enfermería, además de involucrar a la madre en esta comunicación para satisfacer las necesidades afectivas entre madre-hijo.

Se llevo una agenda de las intervenciones de enfermería realizadas y sobre los resultados que se obtenían, de las dificultades que se presentaban y de las alternativas de solución que se tomaron. Respetando siempre la ideología de la familia, y las normas institucionales.

3. CONCLUSIONES

Para la realización de este Proceso de Atención de Enfermería, se inicio solicitando la autorización de la familia del paciente por ser menor de edad. El presente trabajo fue realizado bajo el Modelo de Virginia Henderson, quien define que el ser humano tiene 14 Necesidades Básicas que deben ser satisfechas, de acuerdo a su estado de dependencia, la función de enfermería es lograr la independencia del paciente, mediante las intervenciones desarrolladas para satisfacer las necesidades valoradas.

En este caso por tratarse de un paciente lactante menor, que se encuentra hospitalizado, el grado de dependencia es alto, debido a su edad y estado de salud. Tomando en cuenta estos parámetros es importante mencionar que sólo se valoraron 10 Necesidades Básicas, ya que por el momento las últimas cuatro no fueron valoradas. Esta situación se comento con la Directora del trabajo quien autoriza que se trabaje sólo con 10 Necesidades. Al ser valoradas estas necesidades se obtuvieron datos importantes, que me permitieron desarrollar cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, brindándome la oportunidad de relacionarme con el paciente y su familia, la participación del personal de enfermería de los tres turnos fue limitada, ya que el hospital cuenta con la especialidad quirúrgica, lo que origina una gran demanda de trabajo y regularmente hay falta de personal.

Para poder llevar a cabo las intervenciones de enfermería planeadas para la familia, en este caso quien tuvo mayor participación fue la madre del paciente, solicite autorización para asistir en el turno matutino y para que se permitiera la entrada de la madre al servicio en horarios fuera de los establecidos a la visita. Y así trabajar las intervenciones planeadas.

Finalmente la realización de este Proceso, me permitió planear las intervenciones de enfermería, encaminadas a satisfacer las necesidades del paciente. Es importante mencionar que algunos objetivos no se cumplieron al 100% y otros son a largo plazo, los cuales se continuarán realizando hasta que el paciente sea egresado a su domicilio. Los objetivos que sí se alcanzaron dieron resultados satisfactorios para cubrir las necesidades del paciente, viéndose esto reflejado en su estado de salud y en el bienestar de la familia. Además de dejarme una gran enseñanza, al comprobar lo importante que es la participación planificada y organizada del personal de enfermería apoyada en un Modelo como es el de Virginia Henderson y sobre todo cuando se realiza con respeto y amor al paciente y la profesión.

Es importante mencionar que el instrumento que se utilizó para evaluar las necesidades no fue el adecuado para la edad del paciente. Al termino del trabajo me informan que existe un instrumento de valoración del recién nacido grave, el cual al ser adquirido y revisado, se observa que sólo valora 6 necesidades básicas.

4. SUGERENCIAS

Este Seminario-Taller que organiza la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, es de gran ayuda para llegar a la realización del Proceso de Atención de Enfermería, ya que nos amplía las bases teóricas, además de brindarnos la oportunidad de realizar el trabajo mientras se cursa el Seminario. Siendo fundamental que se continúe con este proyecto, que representa una excelente alternativa para llegar a la Titulación que es uno de los principales fines del profesional de enfermería.

Considero importante que se elabore un instrumento de valoración de necesidades básicas, enfocado al paciente pediátrico, de acuerdo a sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo.

5. BIBLIOGRAFIA

- ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería, 2ª edición. Ed. Mosby, México. 1992, 251 pp.
- BAENA PAZ, Guillermina. Instrumentos de investigación, 12ª edición, Ed. Editores Mexicanos Unidos, México, 1984, 134 pp.
- BLUMER, Jeffrey. Guía Práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría. Traduc. Juan Álvarez Mendizábal, Vol. I, 3ª edición, Ediciones Monitor, México, 1997, 372 pp.
- BRUNNER, SUDDARTH. Enfermería Medicoquirúrgica. Traduc. Claudia P. Cervera Pineda. Vol. I, 7ª edición, Ed. Interamericana, México, 1994, 1023 pp.
- CÁRDENAS JIMÉNEZ, Margarita. Conceptualización de la Enfermería, Febrero 2000, UNAM-ENEO, México, 31 pp.
- CENTENO ÁVILA, Javier. Metodología y Técnicas en el proceso de la Investigación. 2ª edición, Ed. Contraste, México, 1980, 138 pp.

- CUESTA ZAMBRANO, Andrés. Diagnóstico de Enfermería, "Adaptación al Contexto Español", Guía de Bolsillo. Ediciones Díaz de Santos, Madrid España, 1994, 196 pp.

- Diccionario Médico. 3ª edición. Ed. Salvat, México, 1997, 730 pp.

- FERNANDEZ FERRÍN, Carmen. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Ed. Masson-Salvat, Barcelona España, 1995, 35 pp.

- GORDON, Marjory. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001 –2002, Traduc. Ma. Teresa Luis Rodrigo, Ed. Harcourt, España, 2001, 264 pp.

- GUILLEN VELASCO, Roció (comp.). Planeación de Obstetricia II, Marzo 2002, Sistema de Universidad Abierta, UNAM-ENEO, México, 92 pp.

- PHANEUF, Margot. "Las Necesidades Fundamentales Según el Enfoque de Virginia Henderson" en: Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería, Traduc. Carlos Ma. López Gonzáles, Ed. Mc Graw-Hill, Madrid, 1993, 180 pp.

- TOMÁS VIDAL, Antonia Ma. Planes de Cuidados de Enfermería. Ed. Olalla, España, 1996, 285 pp.

➤ **WOLFF LEWIS, Luvene. Fundamentos de Enfermería. Traduc. Arturo Aparicio Vázquez, 4ª edición, Ed. Harla, México, 1992, 1108 pp.**

6. ANEXOS

6.1. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL NEONATAL

"Hay varios tipos de lesiones que causan obstrucción intestinal en el neonato, entre ellas las barreras anatómicas (atresia y estenosis), los déficit rotacionales y las obstrucciones intraluminales. La motilidad intestinal está mantenida por el sistema nervioso entérico, cuyas células ganglionares completan su migración de craneal a caudal a lo largo de la pared intestinal hasta llegar al ano al cabo de unas 12 semanas. La detención de este proceso migratorio se traducirá en obstrucción intestinal causada por la falta de control nervioso normal de la motilidad (enfermedad de Hirschsprung)" ¹².

El material sólido no digerido contenido en el líquido amniótico tragado se acumula en el colon distal (meconio). Poca motilidad o secreciones anormales impiden el paso normal del meconio después del nacimiento, con el resultado de obstrucción intestinal. Si el paciente tiene fibrosis quística, el meconio es muy voluminoso y adherente. Este meconio anormal es desasido viscoso para pasar por la válvula ileocecal. Cuando esto sucede, el bebé presenta obstrucción intestinal y distensión abdominal en el nacimiento y desarrolla rápidamente distres respiratorio grave a causa e esta distensión (ileo meconial).

¹² BLUMER, Jeffrey, Guía Práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría, Vol. I, 3ª. Edición, Ediciones Monitor, México, 1997, p. 205.

A pesar de las muchas causas de obstrucción intestinal neonatal, sus signos físicos se pueden clasificar de la siguiente forma:

1. Polihidramnios: Bloqueo del esófago, el duodeno o el yeyuno superior, que origina un exceso de líquido amniótico.
2. Las secreciones orales aumentadas son un signo de obstrucción esofágica.
3. Vómito por obstrucción de estómago y más allá. El vómito bilioso resulta de lesiones situadas más allá de la ampolla de Vater (el vómito bilioso siempre es patológico).
4. Distensión abdominal. El epigastrio distendido es indicio de obstrucción duodenal o yeyunal alta.
5. El estreñimiento. El 90% de los bebés normales expulsan meconio en las 24 primeras horas de vida. Todos deben haber defecado en 48 horas.

"Generalmente el lactante con obstrucción intestinal tendrá uno o varios de estos signos. Conocer el momento de su aparición es inestimable para hacer el diagnóstico. Por ejemplo, unos antecedentes de polihidramnios, vómito bilioso precoz y el rápido comienzo de distensión epigástrica son muy sugerentes de atresia duodenal o yeyunal alta"¹³. Por otra parte el inicio gradual de distensión, deposiciones anormales y vómito bilioso un día o dos después del nacimiento indicarían una lesión ileal baja o cólica.

¹³ Ibidem. p. 206.

La presencia de movimiento intestinal el primer día o dos días después del nacimiento no descarta una obstrucción. Si un episodio tardío in útero causa obstrucción del tracto gastrointestinal proximal, habrá meconio en el colon izquierdo y se excretara después del nacimiento, sugiriendo función intestinal normal.

La localización de la lesión obstructiva puede limitarse a menudo con precisión por la historia y la exploración física. Las radiografías simples de abdomen en posición horizontal y vertical son esenciales y confirman el diagnóstico de atresia duodenal. Si la obstrucción es más distal se ven múltiples asas de intestino dilatado con niveles hidroaéreos en la radiografía vertical. El intestino delgado no se puede distinguir del colon en la radiografía simple. Si el paciente esta obstruido por íleo meconial no habrá niveles hidroaéreos, porque el meconio es demasiado viscoso para sedimentar en posición vertical.

Si el diagnóstico no es obvio en las radiografías simples y si el lactante no tiene peritonitis, será necesario un estudio con contraste para realizar el diagnóstico. Este estudio no debe iniciarse sin haber consultado a un cirujano pediátrico y es mejor que sea llevado a cabo por un radiólogo infantil. En general el primer medio de contraste usado para hacer un diagnóstico es el bario.

Las anomalías acompañantes se limitan por lo general a los lactantes con atresia duodenal, ano imperforado y en menor extensión, enfermedad de Hirschsprung.

Las lesiones que ocurren coincidiendo con otros tipos de obstrucción intestinal son generalmente fortuitas.

“El momento y el abordaje de la operación vienen determinados por el diagnóstico preoperatorio. Si hay pruebas de vólvulo u otra lesión estrangulante, se necesita inmediatamente intervención quirúrgica. Si, por el contrario, no hay indicios de compromiso vascular del intestino, puede retrasarse la reparación hasta que el lactante esté en condiciones óptimas”¹⁴.

➤ MONITORIZACIÓN:

⇒ Sistema Gastrointestinal:

1. Preoperatorio:

- Observar el color y la cantidad del vómito o del drenaje de la sonda orogástrica.
- Observar la presencia y el carácter de todas las evacuaciones intestinales, investigar sangre en todas ellas.
- Medir el perímetro abdominal.
- Obtener radiografías abdominales en posición horizontal y vertical.

2. Postoperatorio:

¹⁴ BRUNNER, SUDDARTH. Enfermería Médicoquirúrgica, Traduc. Claudia Cervera Pineda, Vol. I, 7ª. Edición, Ed. Interamericana, México, 1994, p. 1080.

- Observar el color y la cantidad del material secretado por la sonda gástrica o de gastrostomía y medir cada 4 horas.
- Observar el color y el carácter de todas las deposiciones o productos del estoma.
- Medir el perímetro abdominal cada 8 horas.
- Auscultar ruidos intestinales.
- Si existe estoma observar su color y su aspecto general.
- Si las heces son acuosas o muy frecuentes, investigar glucosa.
- Observar el aspecto de las incisiones y de los tubos de drenaje.

⇒ Sistema Renal-metabólico:

1. Preoperatorio.

- Medir los electrolitos séricos, el BUN y la glucosa. "Los lactantes con obstrucción intestinal están a menudo deshidratados y pueden estar alcalóticos si han tenido vómitos prolongados o drenaje gástrico no repuesto" ¹⁵.
- Las mediciones de gas en sangre arterial y de pH se reservan a los lactantes que están muy deshidratados o tienen distrés respiratorio.

2. Postoperatorio:

¹⁵ BLUMER, Jeffrey, Guía Práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría, Vol. I, Ob. Cit., p. 209.

- **Medir los electrolitos séricos y el BUN a diario mientras exista gran cantidad de secreción por el tubo gástrico o el estoma.**

⇒ **Sistema cardiorrespiratorio:**

1. Preoperatorio:

- **Medir la tensión de gas en sangre arterial y el pH si hay distrés respiratorio.**
- **Obtener radiografía de tórax si no se visualizan bien los pulmones en las placas de abdomen.**

2. postoperatorio:

- **Medir las tensiones gaseosas en sangre arterial y el pH cada 2 a 4 horas si el paciente tiene problemas respiratorios o está en ventilador.**

Y TRATAMIENTO

⇒ **Sistema Gastrointestinal:**

1. Preoperatorio:

- **Colocar una sonda orogástrica para descompresión gástrica.**
- **No alimentar al lactante.**
- **No realizar estimulación rectal para provocar una deposición.**

2. Postoperatorio:

- “La localización y la naturaleza de la lesión obstructiva determinarán la asistencia postoperatoria. El paciente debe salir del quirófano con uno o más estomas intestinales y uno o más tubos para alimentación o descompresión”¹⁶.
- El tubo de gastrostomía tiene que drenar posturalmente sin aspiración. Irrigar con unos cuantos mililitros de solución salina normal cada 2 a 4 horas.
- Otros tubos como el de alimentación por yeyunostomía, deben marcarse como tales e irrigarse para mantener la viabilidad.
- Si aumenta el perímetro abdominal o vomita el paciente, comprobar la viabilidad y la posición del tubo orogástrico.
- Dependiendo de la causa de la obstrucción intestinal debe haber un estoma intestinal. El tratamiento del estoma es el siguiente.
 - a) Proteger de lesiones la piel circundante por cambios de vendaje frecuentes o por el uso de una bolsa de estoma mal ajustada.
 - b) Si hay una varilla de plástico o vidrio bajo un estoma de asa, no quitarla. Si se sale notificar inmediatamente al cirujano.
 - c) Si sale gran cantidad de excreción acuosa es esencial una bolsa de estoma para poder medir con exactitud la excreción y remitir diariamente una muestra para determinación de electrolitos.

¹⁶ BRUNNER, SUDDARTH. Enfermería Médicoquirúrgica, Vol. I, Ob. Cit., p. 1080.

- d) Si el estoma pierde su color rojo normal, notificarlo inmediatamente al cirujano.
- El tubo orogástrico esta listo para quitarlo, o el tubo de gastrostomía se puede levantar cuando:
 - a) El drenaje gástrico es mínimo y claro.
 - b) Existen ruidos intestinales.
 - c) El paciente defeca por recto o por el estoma.
- La alimentación puede iniciarse cuando se mantienen los criterios para quitar el tubo que se acaba de mencionar sin el tubo orogástrico o con el tubo de gastrostomía elevado.

⇒ Sistema Renal-metabólico:

1. Preoperatorio y Postoperatorio:

- Administrar líquidos de mantenimiento y electrolitos con glucosa.
- Se administran líquidos complementarios de acuerdo con el tipo y cantidad de líquidos perdidos.

⇒ Sistema Cardiorrespiratorio:

1. Preoperatorio y Postoperatorio:

- La distensión abdominal pronunciada o una neumonitis por aspiración menoscaban la respiración lo bastante como para necesitar ventilación mecánica.

- **Una anomalía cardíaca acompañante puede alterar el tratamiento líquido y ventilatorio. Los pacientes de atresia duodenal, ano imperforado y enfermedad de Hirschsprung también pueden tener lesiones cardíacas, como un conducto auroculoventricular u otros defectos septales.**

6.2. GLOSARIO

- ◇ **Antisepsia:** Conjunto de prácticas que impiden la putrefacción o infección o facilitan la destrucción de gérmenes patógenos.
- ◇ **Asepsia:** Ausencia de materia séptica o infección. Método de prevenir las infecciones por destrucción o evitación de agentes infecciosos.
- ◇ **Auscultación:** Método de examen físico que consiste en escuchar los sonidos que se producen dentro del cuerpo, especialmente en el corazón, vasos y aparato respiratorio. **Inmediata:** la efectuada directamente, sin interposición de aparatos. **Mediata:** auscultación con interposición de un instrumento como el estetoscopio.
- ◇ **Catéter:** Instrumento tubular quirúrgico para el desagüe de líquidos de una cavidad o para dilatar un paso o conducto. **Intravenoso:** el situado en una vena periférica o central, para la administración de líquidos o medición de diversos parámetros.
- ◇ **Cianosis:** Coloración azul o lívida de la piel y mucosas, especialmente la debida a anomalías cardíacas, causa de oxigenación insuficiente de la sangre.

✧ **Colostomía:** Formación de una abertura artificial en el colon, a través de la pared abdominal (ano artificial).

✧ **Dehiscencia:** Abertura espontánea o natural de una parte u órgano.

✧ **Desarrollo:** Aumento de tamaño. Propiedad elemental que tienen los órganos o seres vivos de crecer en todos sentidos y modificarse hasta llegar a su estado perfecto. Psíquico el de la personalidad a través de las etapas infantil y adolescente.

✧ **Eritema:** Enrojecimiento difuso de la piel, producido por la congestión de los capilares y que desaparece momentáneamente por la compresión. Simple: manchas rojas que desaparecen por la presión del dedo debidas a una irritación de la piel por calor, frotos o contacto con irritantes.

✧ **Estertores:** Sonido anormal percibido por auscultación torácica producido por el paso del aire a través de exudados bronquiales o por resonancia del tórax en distintos estados patológicos de los bronquios.

✧ **Estoma:** Poro, orificio o abertura diminuta en una superficie libre, histológicamente orificios microscópicos entre las células endoteliales en las serosas y los vasos. Boca anastomótica.

- ✧ **Gasometría:** Determinación química de la cantidad de gas en una mezcla.
- ✧ **Inhalación:** Aspiración de aire o vapores, especialmente medicamentos. Sustancia o vapor empleados en las inhalaciones.
- ✧ **Intolerancia:** Imposibilidad de soportar o resistir. Conjunto de reacciones locales opuestas a la acción de un agente nocivo o medicamento.
- ✧ **Lactosa:** Azúcar de leche; disacárido cristalino de la leche. Por hidrólisis se desdobra en galactosa y glucosa.
- ✧ **Perfusión:** Inyección intraarterial de líquidos gota a gota, venoclisis.
- ✧ **Polipnea:** Respiración rápida, anhelosa.
- ✧ **Postoperatorio:** Que ocurre después de una operación quirúrgica.
- ✧ **Prematuro:** Que ocurre antes del tiempo propio de término. Niño nacido antes de que se haya cumplido la 38ª semana de gestación.
- ✧ **pH:** El término pH es una expresión que designa la concentración de iones de hidrógeno.

❖ **Prolapso:** Caída, salida, procidencia de una parte o víscera.

❖ **Tono:** Grada normal de vigor o tensión. Estado de elasticidad de un tejido normal y su aptitud para cumplir su función en respuesta a un estímulo ordinario. Muscular estado de tensión de los músculos en reposo, por lo que se contrarrestan, mientras se hallan inervados normalmente.

❖ **Ventilación:** Pulmonar, provisión fisiológica de oxígeno a través de los pulmones.

❖ **Vómito:** Expulsión violenta por la boca de materias acumuladas en el estómago. Materia vomitada, según su contenido se clasifica de biliar, hemático o fecaloide.

6.3. CEDULA PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

> FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Y. J. J. M. Edad: 40 días Peso: 2.500 Kg. Talla: 45cm.
Fecha de nacimiento: 22 de febrero de 2003. Sexo: Masculino Ocupación: ----
Escolaridad: ----- Fecha de admisión: 26 de febrero de 2003. Hora: 20:00hrs.
Procedencia: Domicilio Fuente de Información: Familiar y expediente
Fiabilidad (1-4): 3 Nombre de la familia (persona significativa): J. C. M. E. Madre.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. Necesidad De Oxigenación:

Subjetivo:

Disnea debido a: Estertores Tos productiva: No Dolor asociado con la respiración: No Fumador: No

Objetivo:

Registro de signos vitales y sus características: Temperatura 37° c. Frecuencia cardiaca 140 por minuto. Frecuencia respiratoria 60 por minuto.

Tos productiva: No Estado de conciencia: Alerta

Coloración de piel/lechos ungueales peribucal: Tinte icterico generalizado

Circulación del retorno venoso: Edema de miembros inferiores

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual y tipo: Formula láctea sin lactosa al 13% Numero de comidas

diarias: 8 Trastornos digestivos: Diarrea Intolerancia alimentaria/alergias:

Intolerancia a la lactosa. Problemas de masticación y deglución: No

Patrón de ejercicio: No realiza

Objetivo:

Turgencia de la piel: Deshidratada Membranas mucosas hidratadas/secas:

Simihidratadas Características de uñas/ cabello: uñas quebradizas, cabello sin

brillo y contundencia a caerse. Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

Presenta disminución del tono muscular. Aspecto de los dientes y encías: encías

palidas

Heridas tipo y tiempo de cicatrización: Presenta herida quirúrgica en abdomen la

cual esta dehiscente con secreción purulenta

3. Necesidad de Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: 8 evacuaciones en 24 horas Características de las heces:

Diarreicas. Menstruación: No

Historia de hemorragias/enfermedades renales otros: No Uso de laxantes: No

Dolor al defecar/menstruar/orinar: No es valorable

Objetivo:

Abdomen características: El abdomen se encuentra blando con peristalsis presente, con estoma de colostomía. Ruidos intestinales: Peristalsis presente
Palpación de la vejiga: Se palpa globo vesical, la orina es de color ámbar, con pH de 7, densidad urinaria de 1010, proteínas de tres cruces, bilirrubinas de tres cruces y hemoglobina de 250.

4. Necesidad de Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: No Ejercicio y frecuencia: No realiza Temperatura ambiental que le es agradable: No es valorable

Objetivo:

Características de la piel: La piel se observa seca, sensible

Condiciones del entorno físico: El paciente se encuentra hospitalizado en el servicio de neonatología que es un área cerrada con poca ventilación

5. Necesidad de Moverse y mantener Buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Se encuentra limitada por tratarse de un paciente lactante menor hospitalizado Actividades en el tiempo libre: No realiza Hábitos de descanso: No es valorable Hábitos de trabajo: No tiene es un lactante

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Se trata de un paciente hospitalizado que al ser valorado se observa disminución del tono muscular

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Disminución del tono muscular

Posturas: El paciente se mantiene en la posición que se coloque Dolor con el

movimiento: Al cambiar al paciente de posición sé persibe irritabilidad Estado de

conciencia: Alerta Estado emocional: La mayor parte del tiempo el paciente se encuentra irritable

6. Necesidad de Descanso y Sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: Es variable por que se encuentra hospitalizado Horario de

sueño: Diurno y nocturno Horas de sueño: 16 horas aproximadamente

Objetivo:

Estado mental ansiedad/estrés/lenguaje: El paciente cursa con un grado de estrés

al encontrarse hospitalizado Ojeras: Sí Respuesta a estímulos: Con irritabilidad

7. Necesidad de Uso de Prendas de Vestir Adecuadas:

Subjetivo:

¿ Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir ? : No es

valorable. ¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir ? : No es

valorable

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Esta necesidad no se valora por estar hospitalizado el paciente y tratarse de un lactante menor Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____ Vestido incompleto: _____ Sucio: _____

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Diario Momento preferido para el baño: Por la mañana Cuantas veces se lava los dientes: _____ Aseo de mano antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

¿ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos ? _____

Objetivo:

Aspecto general: El paciente se observa aseado Olor corporal: Agradable

Halitosis: No Lesiones dérmicas que tipo: Eritema en piel periestoma

9. Necesidad de Evitar peligros:

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de presencia: Padre, madre y dos hermanos mayores

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿ Conoce las medidas de prevención de accidentes ? : _____

En el hogar: _____ En el trabajo: _____

¿ Realiza controles periódicos de salud recomendados ? : _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades Congénitas: Si presento atresia intestinal Condiciones del ambiente en su hogar: La familia vive en una zona suburbana que carece de algunos servicios públicos. Trabajo: _____

10. Necesidad de Comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: Menor de edad Años de relación: _____ Vive con: Padre, madre y 2 hermanos Preocupaciones estrés: _____ Otras personas que puedan ayudar: _____ Rol en la estructura familiar: Menor de edad Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: _____ Cuanto tiempo pasa solo: La mayor parte del tiempo por que se encuentra hospitalizado

Objetivo:

Habla claro: Se trata de un paciente lactante menor Dificultad en la visión: _____ Dificultad en la audición: _____ Comunicación verbal/no verbal con la familia y otras personas significativas: La comunicación con el paciente por parte de la familia es muy poca, por que no saben como comunicarse con él

11. Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores:

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____ ¿ Su creencia religiosa le genera conflictos personales ? : _____ Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____ ¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? : _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religiosa): _____

¿ Permite el contacto físico? : _____ ¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? : _____

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse:

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente? : _____ Tipo de trabajo: _____ Riesgos: _

Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____ ¿ Esta satisfecho con su

trabajo? : _____ ¿ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades

básicas y/o las de su familia? : _____ ¿ Está satisfecho con el rol

familiar que juega? : _____

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto: _

13. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad ? : _____

¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación ? : _____

¿ A participado en alguna actividad lúdica o recreativa ? : _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas ? : _____

¿ Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo: _____

14. Necesidad de Aprendizaje:

Subjetivo:

Nivel de educación: _____ Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Preferencias leer/escribir: _____

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad ? : _____

¿ Sabe como utilizar estas fuentes ? : _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? : _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____ Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____ Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____ Otras manifestaciones: _____

6.4. EXÁMENES DE LABORATORIO

γ GASOMETRÍA:

Fecha: 7 de abril de 2003.

PH.....	7.37
PCO ₂	31.1
PO ₂	46.4
HCO ₃	18
Sat.....	82.2

γ BIOMETRIA HEMATICA:

Fecha: 8 de abril de 2003.

Leucocitos.....	14.6
Neutrofilos.....	4.7
Linfocitos.....	4.9
Monocitos.....	4.8
Eosinofilos.....	0.2
Eritrocitos.....	4.09
Hemoglobina.....	11.9
Hematocrito.....	35.8
Plaquetas.....	16.000

➤ **QUIMICA SANGUINEA:**

Fecha: 8 de abril de 2003.

Proteínas totales.....	5.0
Albumina.....	3.4
Globulina.....	1.6
Bilirrubinas totales.....	24.07
Bilirrubina directa.....	13.96
Bilirrubina indirecta.....	10.1

➤ **EXUDADO FARINGEO:**

Fecha: 1 de abril de 2003.

Resultado: Cándida.

➤ **CULTIVO DE CATÉTER CENTRAL:**

Fecha: 28 de marzo de 2003.

Resultado: Pseudomona Aeruginosa.

➤ **GRUPO Y RH:**

Resultado: O Positivo.