

00903



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"Dr. FEDERICO GÓMEZ"



ESTUDIO DE CASO
CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE
LACTANTE MAYOR CON ALTERACIONES EN LA
ALIMENTACION.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL

PRESENTA:

Lic. María del Consuelo Pérez Núñez.

ASESORADO:

Mtra. Magdalena Franco Orozco.

MEXICO. 2005.

m342035





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.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Gracias por ser mi punto de partida,
y mostrarme siempre el camino en los
momentos más difíciles, triste y felices de
mi vida, ya que sin tú amor y ayuda
nunca hubiera alcanzado la meta.

A MIS PADRES, HERMANO Y ESPOSO:

Que con el gran amor y orgullo que sienten
hacia mí, han creado una fuente de energía
que me impulso a seguir adelante aún en
momentos de adversidad.

A MIS PROFESORAS Y COMPAÑERAS:

Por compartir sus conocimientos y experiencias.
Por su paciencia y apoyo para llegar ala
meta de mi especialidad.
Que Dios las bendiga.

Gracias por el apoyo de todas aquellas
personas que siempre pensaron que
Lograría llegar a la meta.

CONSUELO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recopional.

NOMBRE: María del Consuelo
Pérez Núñez

FECHA: 14 Marzo 2005

FIRMA: Consuelo

INDICE.

	Pág.
Introducción.....	2
I. Objetivos.....	3
II. Marco teórico.....	4
2.1. Antecedentes.....	4
2.2. Marco conceptual.....	8
2.2.1. Las necesidades.....	15
2.2.2. El cuidado.....	19
2.3. Proceso de Atención de Enfermería.....	20
2.3.1. Valoración.....	22
2.3.2. Diagnóstico.....	27
2.3.3. Planeación.....	32
2.3.4. Ejecución.....	39
2.3.5. Evaluación.....	41
2.4. Aspectos Éticos del Cuidado.....	45
2.5. Síndrome de Intestino Corto.....	48
III. Metodología aplicada.....	56
3.1. Descripción del caso.....	56
3.2. Valoración de enfermería.....	59
3.3. Instrumento para la valoración de las necesidades.....	60
3.4. Diagnóstico de enfermería.....	61
3.5. Plan de intervención de enfermería.....	64
IV. Conclusiones.....	122
V. Sugerencias.....	124
VI. Bibliografía.....	125
Anexos.	

INTRODUCCION.

Los avances que ha tenido la profesión de enfermería en los últimos años en las diversas formas de investigación han logrado un alto reconocimiento académico.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. El propósito del presente estudio de caso trata de proporcionar los cuidados integrales basados en las necesidades de un paciente através del proceso de enfermería. El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente.

El caso que se presenta a continuación se realiza basándose en el modelo conceptual de Virginia Henderson. Es un modelo que proporciona lo humanístico, centrado en la persona a la que se considera como un ser biopsicosocial y espiritual, con 14 necesidades fundamentales para la vida y para mantener un estado de salud óptimo

La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cuál sea la situación que viva el paciente. La estructura del presente estudio de caso es la siguiente: en el primer capítulo se desarrolla el marco teórico que lo constituye la reunión de diversos estudios con el enfoque de las necesidades fundamentales; el proceso enfermero; además de las implicaciones ética y los aspectos relevantes del problema de salud del caso estudiado. En el segundo apartado se desglosa la metodología; se describe el caso y la forma metódica de la valoración física para la integración de una base de datos, posteriormente se estructuran los diagnósticos de enfermería y por último se inicia con el plan de intervención, las conclusiones y la bibliografía.

I. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Proporcionar cuidado integral basado en las necesidades del paciente a través del proceso de enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Valorar el grado de dependencia de un lactante mayor con alteraciones en la alimentación.
- Identificar los diagnósticos de enfermería relacionados con este caso.
- Identificar el grado de independencia.
- Elaborar un plan de intervenciones de enfermería involucrando a la familia del paciente.

II. MARCO TEORICO.

2.1. Antecedentes.

Para conocer con detalle el siguiente estudio de caso clínico, fue necesario realizar una investigación documental y la búsqueda de artículos relacionados con el caso, publicados en revistas especializadas, y que nos hablan de las acciones y cuidados de enfermería enfocados en las necesidades fundamentales que se encuentran alteradas en el paciente.

En un estudio de caso que se llevó a cabo en el Hospital Infantil de México se presentan los cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Se utilizó una metodología aplicada de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson. Se orienta de alguna manera el proceso de enfermería como un método científico para la resolución del problema del paciente. Se utilizaron una serie de instrumentos necesarios para la recolección de datos, se utilizó el método clínico y la exploración física de acuerdo al grado de dependencia que tenía el paciente y posteriormente se planearon, ejecutaron y evaluaron las intervenciones de enfermería. Se trató de un adolescente masculino de 13 años de edad de la cual se identificaron los datos de dependencia e independencia así como las fuentes de las dificultades que apoyaron en el diagnóstico de sus necesidades y a la realización del proceso de atención de enfermería. El plan de cuidados que se elaboró para cada uno de los diagnósticos de enfermería derivados de la dependencia en la necesidad de movimiento y mantener una buena postura determinó las intervenciones que permitieron cubrir la respuesta humana del adolescente y evaluar los resultados obtenidos. Al llegar a la conclusión se menciona que el resultado de las acciones y de la metodología aplicada en este caso favoreció para comprender la importancia que el personal de enfermería especialista debe tomar en cuenta para su desarrollo profesional.¹

El siguiente caso menciona las fuentes de la dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC regularizada. De la cual se plantean como objetivo las manifestaciones de dependencia de pacientes sometidos a

¹ Sánchez L.V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enferm. IMSS 2001; 9 (2):91-96.

ventilación no invasiva y determinar el problema primordial, identificando las fuentes de la dificultad para la realización del plan de cuidados. La metodología utilizada en este caso clínico identifica el estudio de 30 pacientes que se encontraban en el servicio de cuidados intensivos por reagudización de EPOC y los pacientes que se les aplicó la ventilación no invasiva, se identificaron las fuentes de la dificultad dependiendo de las manifestaciones de dependencia del paciente. Esto permitió establecer cuatro niveles de alteración de la fuente de la dificultad, correspondiendo el nivel 0 a una situación de no afectación de la fuente de la dificultad y el nivel 3 a la máxima afectación o alteración de la fuente de la dificultad, teniendo en cuenta que los niveles descritos son específicos para los pacientes con EPOC en situación de reagudización. También se registró la frecuencia respiratoria, el intercambio de gases, la ausencia de intubación, los días de estancia en la UCI y la mortalidad de los inconvenientes derivados de la ventilación no invasiva. Los resultados que se obtuvieron en este caso clínico, refieren que se entubaron a 7 de los 30 pacientes (23%) por fracaso de la técnica durante las primeras horas de tratamiento. El tiempo de estancia en UCI para el grupo de pacientes no intubados fue de 5 ± 7 días frente a 14 ± 33 días de estancia media de los pacientes intubados. La mortalidad fue del 13% estableciendo como un diagnóstico prioritario la "alteración del patrón respiratorio ineficaz", en el que la falta de fuerza es la principal fuente de dificultad durante las primeras horas de tratamiento en los pacientes. También se observó una mejoría de las fuentes de la dificultad ya que disminuyeron a las dos horas de tratamiento el nivel de afectación con respecto al inicio de todos los pacientes siendo esta significativa para el grupo de pacientes no intubados, en todos los pacientes se notó la mejoría del intercambio de gases y disminución de la frecuencia respiratoria. El estudio demuestra que cuando la enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades durante el período de dependencia, identificando las fuentes de dificultad, permite a aquel desarrollar lo más rápidamente posible la voluntad, la fuerza y el conocimiento necesarios para poder recuperar en un corto período de tiempo su anterior estado de salud.²

² Subirana M. y colab. Fuentes de la dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con

El siguiente estudio trato de los cuidados de enfermería a un recién nacido pretermino, esta basado en el modelo conceptual de las 14 necesidades, la valoración de las necesidades básicas permite un amplio reconocimiento del estado de salud/enfermedad del recién nacido y también cómo los padres viven la hospitalización y enfermedad de su bebé. En este caso se llevó a cabo la valoración sistemática y continua por parte de las enfermeras permitiendo detectar los problemas más importantes que presenta el recién nacido, y planificar los cuidados de forma individualizada. Los cuidados de enfermería se planificaron y ejecutaron a partir del proceso de atención centrado en las necesidades del recién nacido y de sus padres. Se trato de una recién nacida ingresada en la unidad de neonatología en un hospital infantil de Barcelona de tercer nivel se llevó a cabo la historia clínica obteniendo datos para la valoración de las necesidades fundamentales incluyendo los datos más relevantes detectados de cada necesidad al ingreso de la unidad. Las necesidades con un déficit total respecto a las necesidades de moverse y mantenerse en buena postura, de dormir y descansar, vestir adecuadamente, de higiene y protección de tegumentos, de comunicarse, de vivir de acuerdo con las creencias y valores, de jugar y divertirse. El proceso de atención de enfermería en las unidades de cuidados neonatales permite trabajar de forma sistemática y organizada con el fin de identificar problemas y aplicar cuidados individualizados. Se concluyó que en este caso se vieron que gran parte de los cuidados que se realizan en las unidades neonatales son autónomos, siendo las enfermeras quienes los deciden, planifican y ejecutan. Los cuidados de enfermería (muy complejos y amplios) en las unidades neonatales obligan a un trabajo riguroso, en el que se tienen en cuenta todos estos aspectos.³

En el siguiente estudio de caso se planteó la importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. La intervención del personal de enfermería que radica en proporcionar los cuidados específicos de la respuesta humana ante la enfermedad los procedimientos quirúrgicos según el artículo ocupan gran parte del quehacer cotidiano de la enfermera,

EPOC reagudizada. Revista Enfermería clínica Vol.8, Núm 6. Pág. 229-235.

³ Guallart M; Monteverde y Capara. Cuidados de enfermería a un recién nacido pretérmino. Revista Enfermería clínica; 8 (2): 84-89.

la profesionalización de enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas. La adaptación del modelo de Virginia Henderson en un procedimiento quirúrgico tiene la finalidad de preservar, restablecer y recuperar la salud. El artículo hace mención de los grandes avances de las técnicas quirúrgicas y de la anestesia, pero debido a esto muchas enfermeras se han olvidado de quién recibe los beneficios de esta tecnología y que es el ser humano con múltiples necesidades y ha medida de que seamos capaces de satisfacer sus necesidades primordiales, esta persona saldrá más tranquilo y en mejores condiciones de la institución hospitalaria. El objetivo primordial de este artículo es establecer una guía de atención integral del paciente quirúrgico que favorezca el cuidado completo, con base en el modelo conceptual de las necesidades humanas de Virginia Henderson. El autor explica la clasificación de los procedimientos quirúrgicos según su grado de urgencia, grado de riesgo, según sus objetivos. El período preoperatorio que incluye tres fases pre-intra y postoperatorio. Los cuidados en cada una de las fases las valoraciones de enfermería en cuanto al riesgo quirúrgico, los diagnósticos de enfermería en el pre-intra y postoperatorio. La elaboración de una historia clínica de enfermería que ayudan a la detección de las necesidades de los pacientes. Los cuidados postoperatorios con base en los conceptos de Henderson dependiendo de las necesidades detectadas. En las conclusiones se menciona que el cuidado al paciente quirúrgico trasciende día con día, y las enfermeras estamos trabajando por una identidad profesional fundamentada en el cuidado, con marcos conceptuales específicos y con pensamiento enfermero validado, con alguna tendencia, otros con distintas bases, pero todas con una finalidad: el crecimiento de nuestra profesión.⁴

En el siguiente caso se menciona las necesidades del paciente diabético en el hospital general Dr. Ernesto San Román. Del cuál, se realizó un instrumento para la valoración y el diagnóstico de enfermería para mejorar su calidad de vida, evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo los

⁴ Jiménez M. y Villegas. La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Revista mexicana de enfermería cardiológica Vol.7 Núm. 1-4 Diciembre 1999. pp. 28-35.

pacientes diabéticos. Los objetivos planteados en este caso clínico fue la de validar un método para la detección de las necesidades fundamentales del paciente diabético que es atendido en el Hospital General. Inducir cambios en el estilo de vida del paciente diabético y adquirir habilidades y destrezas para su cuidado y satisfacción de sus necesidades básicas ya sea con ayuda de hospitalización por sí mismo o con ayuda de su familia. En la metodología se toman a todos los pacientes que acuden a la consulta externa del hospital. Para la atención del estos paciente se requirió de un equipo multidisciplinario integrado por enfermeras, médicos, nutriólogos y trabajadores sociales entre otros. La enfermera debe estar preparada para poder detectar las necesidades básicas del paciente y poder determinar sus acciones dependientes e independientes. En las conclusiones; Se hace mención que de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson, sobre la satisfacción de las 14 necesidades básicas, se detectaron que las necesidades primordiales de la institución son básicamente de educación para la salud.⁵

Estos artículos presentados nos guían para entender la necesidad de encaminar los conocimientos y acciones de un modelo teórico de enfermería, y de esta manera encontrar las bases que hacen que la profesión de enfermería especialista se convierta en un conjunto de saberes que lleven al cuidado especializado en el paciente sano o enfermo.

2.2. Marco conceptual.

La práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades, esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad. Algunos de ellos constituyen un conjunto de elementos en los que se basa el ejercicio de la profesión, estos elementos se refieren a la capacidad que ha de tener la enfermera de basar su práctica en un marco conceptual definido, de aplicar el proceso científico apoyándolo en determinados conocimientos de establecer una relación enfermera-

⁵ Enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos. Necesidades del paciente diabético del hospital General Dr. Ernesto Meana San Román. Revista mexicana de enfermería cardiológica Vol. 7, núm. 1-4 enero-marzo 1999. Pág. 53-57.

paciente válida. Debe igualmente ser capaz de aplicar estas nociones fundamentales a los diferentes niveles de prevención.⁶

Para esto es primordial que el profesional de enfermería sepa diferenciar entre un concepto, una teoría y un modelo.

Los *CONCEPTOS* son etiquetas, categorías o propiedades selectas de objetos que se han de estudiar siendo los elementos básicos de una teoría.

La *TEORIA* consiste de elementos, formulaciones y un conjunto de definiciones, o sea, está comprendida por una estructura lógica y el significado que se da a los elementos.

Un *MODELO* es una representación simplificada de una teoría o de ciertos eventos complejos, estructuras o sistemas; con una técnica que se utiliza para describir y explicar, así como para generar ideas y predicciones.⁷

El *MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON* es la organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.⁸

Este modelo conceptual da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso del cuidado a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cuál sea la situación que viva el paciente. Sin embargo para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería de Virginia Henderson, hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo. La definición del rol fundamental en la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición se refleja de forma clara, precisa y completa.

Los principales conceptos y definiciones de Virginia Henderson se pueden describir en cada componente básico del *METAPARADIGMA* de enfermería, que se describen continuación:

⁶ Phaneuf, Margot. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Edit. Interamericana, México D.F. 1993. Pág. 2.

⁷ Hardy M.E. Teorías: componentes, desarrollo, Evaluación en L.Nicoll. Perspectivas on Nursing Theory. 2º de Philadelphí, Lippincott; 1992 Pág. 7.

⁸ Phaneuf M. la planificación de los cuidados enfermeros un sistema integrado y personalizado. Edit Interamericana México D.F. 1999. Pág. 10.

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

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

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

PERSONA: (paciente) Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

SUPUESTOS PRINCIPALES:

Enfermería.

- La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.
- La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subraya que la enfermera puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.
- La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

- La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

Salud.

- La salud representa calidad de vida.
- La salud es necesaria para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperaran la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimiento necesarios.

Entorno.

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en la capacidad.
- La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.
- Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.
- Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas par valorar los riesgos.

Persona.

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia forman una unidad.

- Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.⁹

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

Si, por causa de otras dificultades, el paciente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente. Esta dependencia se manifiesta en el niño cuando no puede mantener el grado de autonomía que habitualmente corresponde a su nivel de crecimiento y desarrollo.¹⁰

El concepto de *INDEPENDENCIA* en el niño puede ser definido como: Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.

La *DEPENDENCIA* puede ser considerada como deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.¹¹

Continuum independencia-dependencia.

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el paciente debe recurrir a otro para que le

⁹ Marriner-Tomey. Teorías y modelos de enfermería Editorial Mosby-Doyma Madrid España. 1994 Pág. 102-106.

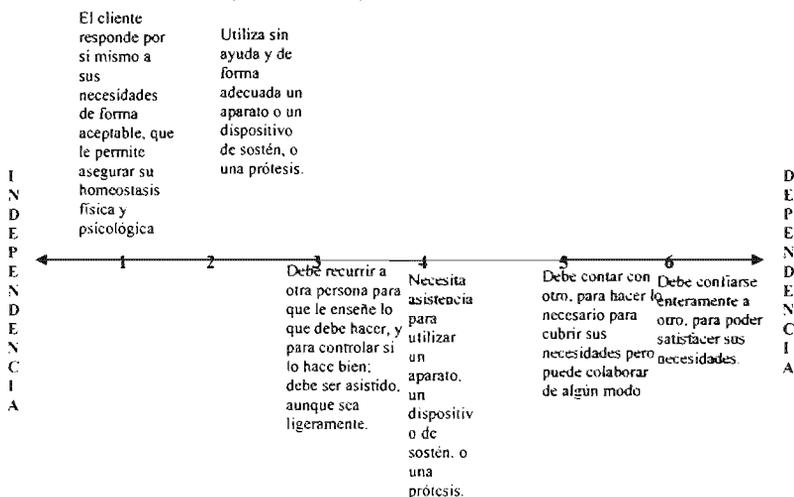
¹⁰ Phaneuf, Margot. Ibidem Pág. 28 y 29.

¹¹ Opcit. Pág. 30.

asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Por tanto, es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

Continuum independencia-dependencia.



Con el fin de facilitar esta evolución. Se puede dividir en seis niveles el conocimiento entre la independencia y la dependencia de una persona adulta.

Estos niveles se enuncian así:

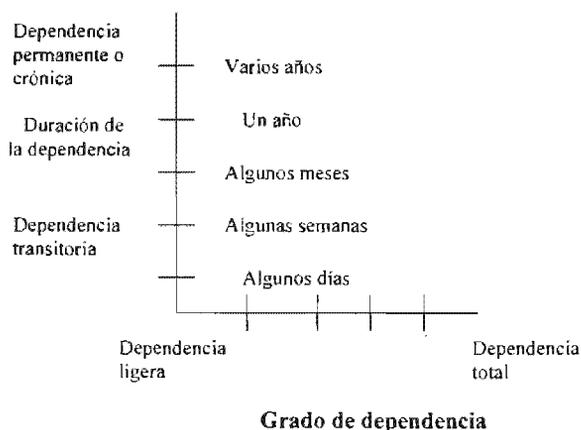
1. El paciente es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza sin ayuda, y de forma adecuada un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis y, de este modo, logra satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.

4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependientemente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Relación entre la duración y el grado de dependencia.

La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.

La figura siguiente permite ver esta relación.¹²



Las **FUENTES DE LA DIFICULTAD** son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. *Falta de fuerza*. Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas si no también la capacidad del

¹² Phaneuf, Margot. Ibidem Pág. 30-32.

individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cuál 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 la 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.¹³

Las fuentes de la dificultad presenta factores relacionados con el orden *FÍSICO*: insuficiencias, déficit sensorial, desequilibrio de la sobrecarga del organismo; con el *PSICOLOGICO*: sentimientos, emociones, estado de ánimo o del intelecto, ansiedad, estrés, estado afectivo; con el *SOCIOLOGICO*: entorno social, valores socioculturales, religioso, ámbito de trabajo, economía; y finalmente las relaciones con el *CONOCIMIENTO* de uno mismo, de los demás y del entorno.¹⁴

2.2.1. Las necesidades.

La concepción del modelo de Virginia Henderson nos ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería. El individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales, que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, tal como se deduce de esta concepción, consiste en conservar o restablecer la independencia del paciente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades. Su rol, por tanto, es el de suplencia.¹⁵

POSTULADOS sobre los que se basa el modelo de Henderson:

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.

¹³ La Raza, Medicina del Adolescente El proceso de atención de enfermería: Estudio de casos, El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. México DEF.: 1993. Pág. 3-7.

¹⁴ Subirana M. ibidem. Pág. 32.

¹⁵ Phaneuf, M. Ibidem Pág.17 y 18.

- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está "completo", "entero" e "independiente".

VALORES que fundamentan el modelo de Henderson.

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

El término *NECESIDAD* es una exigencia vital esencial que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.¹⁶

Virginia Henderson define 14 necesidades fundamentales, que son las siguientes:

1. Necesidad de respirar.

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

2. Necesidad de beber y comer.

Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

3. Necesidad de Eliminar.

Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se producen principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

¹⁶ Phaneuf, M. *Ibidem* Pág. 18 y 19.

Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

5. Necesidad de dormir y descansar.

Es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse.

Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también al grupo, a una ideología o a un status social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Es una necesidad para el organismo. Este debe conservar la temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1°C y 38°C) para mantenerse en buen estado.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que está actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

9. Necesidad de Evitar los peligros.

El ser humano debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Necesidad de comunicar.

La necesidad de comunicarse es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles una a las otras, llegar a la puesta en común de sedimentos, opiniones, experiencias e información.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores.

Es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien, del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

12. Ocuparse para realizarse.

Esté debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

13. Necesidad de recrearse.

Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Necesidad de aprender.

Aprender es una necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.¹⁷

Afirmaciones teóricas:

a) La relación enfermera paciente.

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación enfermera-paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente: (1) La enfermera como un sustitutivo de algo necesario para el paciente; (2) La enfermera como ayuda para el paciente, y (3) La enfermera como compañera del paciente. En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada

¹⁷ Riopelle, Grondin, Phaneuf. *Ibidem*. Pág. 7-68.

como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle "completo", "íntegro" o "independiente" por ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico, las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila. La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera.

b) La relación enfermera-médico.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

c) La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia desarrollando cada uno su trabajo. La enfermería se modifica con la época en la que ejerce y depende en gran medida de lo que hagan los demás trabajadores sanitarios.¹⁹

2.2.2. El cuidado.

Los cuidados de calidad se definen como los servicios del cuidado de la salud del paciente que aumentan la posibilidad de lograr los resultados deseados y reduce la probabilidad de resultados indeseables.

En el modelo conceptual de Virginia Henderson, la finalidad de los cuidados consiste, en primer lugar, en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades de manera óptima para llegar a mayor bienestar, y llevarla a continuación a recuperar su independencia frente a sus necesidades. Además de velar por la satisfacción de las necesidades, hay que prever las

¹⁹ Marriner A.T. *Ibidem* Pág. 105-106.

diversas formas de dependencia, por ejemplo la rigidez en las articulaciones, la deshidratación, las escaras, etc., y prestar una especial atención a las secuelas que pueden llevar consigo.

En la definición de su modelo, Henderson ha escrito que el objetivo de los cuidados es el ser humano, considerando como ser psicosocial y espiritual, que se caracteriza por sus 14 necesidades fundamentales. El interés de Virginia Henderson con la familia y la comunidad, cuya influencia ella reconocía, nos autoriza también a ampliar este concepto a la familia de la que forma parte la persona.¹⁹

El uso del proceso de enfermería contribuye a garantizar la calidad del cuidado que se ofrece. Esta, que es la razón primaria para el uso de este método, se evidencia cuando en todas las etapas se promueve un mayor grado de interacción entre el enfermo y el usuario; la interacción supone un crecimiento mutuo y destaca al ser humano en su dinámica de ser total. El crecimiento y acercamiento entre los protagonistas de los actos de cuidado, se dan forzosamente durante los contactos directos al valorar, dar el cuidado y evaluar resultados.

Habrán muchos indicadores de la calidad del cuidado, sin duda, pero uno de los más significativos para enfermería será la percepción que el usuario tenga acerca de sus logros y de los métodos utilizados por enfermería para alcanzarlos.²⁰

2.3. Proceso de Atención de Enfermería.

La enfermería diagnóstica y trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud; para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cuál se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo.²¹

¹⁹ Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Edit. Interamericana, México D.F. 1999.

²⁰ Jiménez, Teresa. Colab. El proceso de enfermería Una metodología para la práctica. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Edición. Orión Editores LTDA. Colombia 1997. Pág. 18

²¹ Roldán T. A; Fernández S.M. Proceso de Atención de enfermería.
<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>

El proceso de atención de enfermería, a lo largo de la enfermería contemporánea ha sido considerado una herramienta básica para los cuidados de enfermería; la definición dependerá del marco conceptual que se adopte sin embargo la siguiente definición parecerá la más completa:

“Es un método sistemático y organizado, de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de salud” (Alfaro, R; 1995).²²

El proceso de enfermería está caracterizado por su humanidad porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de tal forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él reciban la mayor consideración. El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y el progreso del paciente.²³

El proceso de atención de enfermería exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, através de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El proceso de atención de enfermería requiere una actividad especial y continúa con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.²⁴

El objetivo principal es promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, por otro lado permite a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.²⁵

²² Ostigüin M.R.; Gómez L.R. Método Enfermero. Sección Docencia. Desarrollo Científ. Enfermerm. Vol. 9 No. 6 Julio. 2001. Pág. 175.

²³ Alfaro-LeFevre. R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica; Tercera edición. Mosby/Doyma Madrid, España. 1996, Pág. 3.

²⁴ Roldán T. A; Fernández S.M. ibidem Pág. 2-3.

²⁵ Ostigüin M.R.; Gómez L.R. ibidem Pág. 176.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería tiene como elementos esenciales el ser planificado, centrado en el paciente, orientado a problemas y dirigido a metas definidas. El término paciente se utiliza para referirse a quien recibe los cuidados, y que pueden ser un individuo, una familia, o una comunidad. El proceso incluye cinco etapas básicas:

2.3.1. Valoración.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Se define como la obtención de datos de la salud de las personas, familias o comunidad en forma organizada y continua. Tiene gran relevancia porque es la base para determinar diagnósticos y tratamientos a las respuestas humanas y para la evaluación, logrando en esta forma los objetivos del cuidado del paciente.²⁶

Durante la fase de valoración se realizan actividades específicas que ayudarán a ser una persona crítica y a encontrar la información que necesita para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados. Estas actividades son:

1. *Recolección de datos.* Reunir información sobre el paciente/cliente.
2. *Validación de los datos.* Asegurarse de que la información que posee es exacta.
3. *Organización de los datos.* Organizar los datos en grupos de información que ayudarán a identificar patrones de salud o enfermedad.
4. *Identificación de patrones.* Tomar una decisión tentativa sobre lo que pueden significar ciertos patrones de información y focalizar la recolección de datos para obtener más información para comprender mejor la situación.
5. *Comunicación/ anotaciones de los datos.* Comunicar y registrar las anomalías para acelerar el tratamiento; registrar los datos de la valoración para comunicar el estado actual.²⁷

Datos y valoración.

En la valoración de enfermería, se pueden definir los *datos* como información específica obtenida acerca de un paciente. De esta manera

²⁶ Jiménez E.T; Gutierrez R.E. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería. 1997. Pág. 27-28.

²⁷ Alfaro-LeFevre. R. *ibidem*. Pág. 36-37.

acumular de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del paciente e identificar los factores que intervienen. Esta base de datos será la base para las restantes fases del proceso de enfermería. Durante la valoración se recogen 4 tipos de datos y son:

Datos subjetivos: y son la perspectiva individual de una situación o una serie de acontecimientos. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de la enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del paciente.

Datos objetivos: consisten en información observable y mensurable. Está información se obtiene a través de los sentidos (vista, oído y tacto) durante la exploración física del paciente.

Datos históricos: consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud del paciente y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud actual del paciente.

Datos actuales: se refieren a acontecimientos que se están produciendo en este momento. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del paciente.

Fuentes de datos: Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como *primarios* y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Esta información es obtenida directamente del paciente. Y las fuentes *secundarias* la información sobre el paciente obtenida de otras personas, documentos o registros.²⁸

El profesional de enfermería recoge los datos del paciente de diferentes fuentes sin perder de vista que la persona debe ser considerada como la fuente principal o primaria; mientras que la familia y otras personas

²⁸ Lyster P.W; Taptich B.J. y colab. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª. Edición. Edit. Interamericana México D.F. 1997. pág. 36-42.

significativas, los reportes médicos, registros varios, entre otros, se constituyen en fuentes secundarias.²⁹

La recolección de datos permite hacer inventario de todo lo que se refiere al cliente. En líneas generales, se puede afirmar que esta etapa nos ofrece información sobre lo que es, de que sufre, sobre sus hábitos de vida y sobre el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.³⁰

La recolección de datos debe hacerse en forma organizada y la enfermera debe decidir de antemano que información desea reunir en una situación particular y determinar los métodos y fuentes más apropiadas para obtener la información deseada.³¹

La recolección de datos se lleva a cabo en tres fases:

1. Antes de ver al paciente. Se trata de la lectura de la historia del paciente para familiarizarse con los tipos de problemas que podría encontrar.
2. Mientras esta con el paciente. Llevando a cabo la entrevista, examinar y observar mientras se realiza la valoración.
3. Después de ver al paciente. Revisando los recursos que se ha utilizado y determinando que otras fuentes pueden ofrecerle información adicional.³²

Existen dos tipos de valoración la *BÁSICA* que se desarrolla durante la entrevista y la valoración *FOCALIZADA* que se realiza para explorar un aspecto de particular interés.

La entrevista en enfermería y valoración física.

La valoración requiere de diversos métodos para la recolección de los datos: una de ellas es la entrevista, que se define como una comunicación planificada o una conversación con finalidad y exploración física entendida como el reconocimiento de los procesos biológicos indispensables para la conservación de la vida; ambos momentos permanentemente vinculados.

El instrumento para la valoración permite de manera organizada explorar conceptos o relaciones conceptuales de la persona, para elaborar posteriormente las inferencias, hipótesis o diagnósticos de enfermería.

²⁹ Ostiguín M.R.; Gómez L.R. *ibidem* Pág. 176.

³⁰ Phaneuf, M. *ibidem* Pág. 59.

³¹ Jiménez E.T; Gutierrez R.E. Pág. 29.

³² Alfaro-LeFevre. R. *ibidem*. Pág. 37-38.

En la actualidad los instrumentos de valoración en la disciplina de enfermería, tienden a basarse en los modelos conceptuales o teorías. A partir del esquema conceptual se construye la lógica de los juicios e intervenciones.³³

La entrevista:

La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. Se sobreentiende que el objetivo de este encuentro es recoger información que permitan descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el cliente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan.³⁴

La habilidad para establecer una relación de confianza y para observar, escuchar y preguntar es clave para una relación enfermera-paciente positiva y es esencial para conocer los hechos.

Exploración física:

El examen físico es la exploración de signos y comportamiento que hace la enfermera para confirmar en algún grado los datos obtenidos en la entrevista o por otro medio mediante técnica de observación y medición utilizando para esto, cuando es necesario, algunos instrumentos y maniobras.

Es deseable que al realizar el examen físico se mantenga un método ordenado, ya sea que se haga en forma cefalo-caudal, por sistemas o enfocado a patrones funcionales de salud.

El examen físico realizado por la enfermera y otros datos de la historia clínica médica, como resultados de laboratorio, de pruebas especiales, hojas de órdenes médicas, etc. Constituyen la fuente principal de datos objetivos.³⁵

Existen dos características importantes de la recolección de datos utilizada durante la valoración de enfermería:

a) Es sistemática.

La recolección de datos sistemática es fundamental para que la valoración sea exacta y completa:

³³ Ostiguiñ M.R.; Gómez L.R. *ibidem* Pág. 176.

³⁴ Phaneuf, M. *ibidem* Pág. 67.

³⁵ Jiménez de E.T. *ibidem*. Pág. 32.

De la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza del cliente y desciende de forma sistemática y simétrica por todo el cuerpo hasta los pies.

Principales sistemas corporales: en este enfoque, el profesional de enfermería explora el cuerpo por sistemas, en lugar de hacerlo por diferentes partes.

Características de salud funcional: este enfoque permite al profesional de enfermería recoger datos de forma sistemática evaluando las características de salud funcional del paciente.

Tipos de respuestas humanas. Esta metodología permite al profesional de enfermería explorar al paciente basándose en los nueve tipos de respuesta humana que reflejan la interacción del paciente con el entorno.

La clave para tener éxito en la valoración física es ser minucioso, sistemático y dominar la técnica. Las habilidades para la valoración física incluyen:

- Inspección. Examen mediante la observación cuidadosa y crítica.
- Auscultación. Examen mediante la escucha con un estetoscopio.
- Palpación. Examen mediante el tacto y la sensación.
- Percusión. Examen mediante el tacto, el golpeteo suave y la escucha.³⁶

b) *Es Continua.*

Las valoraciones continuas confirman la existencia de problemas identificados anteriormente y demuestran el progreso del cliente hacia los resultados. Estos datos también determinan si se debe cambiar, ampliar o suspender las intervenciones de enfermería. Dado que la valoración es un proceso continuo, los datos de valoraciones repetidas también permitirán identificar otras respuestas que pueden haberse desarrollado debido a la hospitalización, el proceso de la enfermedad o las modalidades de tratamiento.³⁷

³⁶ Alfaro-Lefevre. R. *ibidem*. Pág. 54.

³⁷ Lyer P.W; Taptich B.J. y colab. *Ibidem* Pág. 72-75

2.3.2. Diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico de enfermería es el segundo paso en el proceso de enfermería. Shoemaker (1984) define el diagnóstico de enfermería como “un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. Aporta las bases para las prescripciones de la terapia definitiva de la cuál la enfermera debe ser responsable. Se expresa en forma concisa e incluye la etiología del trastorno cuando se conoce”.³⁸

Muchos mantuvieron que el diagnóstico era competencia del médico. King un médico de Estados Unidos dispuso la noción de que sólo los médicos utilizan el proceso cognoscitivo del diagnóstico. Un proceso cognoscitivo o intelectual no pertenece a grupo alguno en concreto. Tradicionalmente, el diagnóstico estaba asociado con el campo de la medicina, pero el tiempo y el lenguaje varían. La palabra diagnóstico ahora se usa para referirse a un proceso de juicio. El diagnóstico enfermero es utilizado ampliamente en libros y revistas, lo que indica su aceptación como una forma de describir las condiciones susceptibles de intervención de la enfermera.³⁹

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar el diagnóstico de enfermería debe incluir los elementos siguientes: una situación con uno o más pacientes; la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de enfermería; un interés o problema de salud existente o potencial, una causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención “dentro del dominio profesional de enfermería”.⁴⁰

En la novena conferencia de la North American Nursing Diagnostic association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de

³⁸ Marlon D.R. Enfermería pediátrica tomo I sexta edición editorial panamericana. Argentina 1990. Pág. 8.

³⁹ Cruz J.M. Boletín de Enfermería. Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Departamento de Enfermería, publicación mensual No. 5 Mayo del 2002. pág.1

⁴⁰ Baker P.A. Diagnóstico de enfermería; pág. 141.

actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.⁴¹

La estructura del diagnóstico de enfermería.

Hay tres componentes esenciales en el enunciado diagnóstico enfermero:

1. Problema (P).
2. Factores etiológicos o relacionados (E).
3. Características definitorias o serie de signos y síntomas (S).

Que constituye el formato PES. El problema esta expresado en términos claros y precisos, de preferencia en dos o tres palabras que representan una serie de signos y síntomas o respuesta humana. Es necesario destacar que el problema se deriva del análisis de los datos obtenidos en la valoración de enfermería.

Los factores etiológicos o relacionados integran el segundo componente de diagnóstico de enfermería. Pueden ser comportamientos de la persona elementos del entorno o una interacción de ambos. Son recomendadas estas formas porque describen las situaciones que son el centro de la intervención de enfermería.

Los signos y síntomas son los indicadores de la situación. Cada enfermera tendrá conocimientos suficientes para identificar las características que describen con precisión a un problema determinado.

Componentes del diagnóstico de enfermería.

La redacción del enunciado diagnóstico se puede formular con el formato PES y con sus dos conectores que sería de la siguiente manera: Problema relacionado con etiología manifestado por signos y síntomas (P r/c E m/p S).

Si se entiende al diagnóstico como un proceso que conduce a un juicio clínico, entonces es importante darse cuenta que esto implica conocimiento clínico y experiencia en las áreas de competencia de enfermería. El proceso diagnóstico es en esencia, un camino para determinar un problema de salud de una persona, familia o comunidad. Y para evaluar los aspectos que causan esos problemas (Gordon, 1999).

Las actividades son: Obtener información, interpretarla, agruparla y clasificarla.

⁴¹ Roldán T. A: *ibidem* pág. 5

Clasificación del enunciado diagnóstico de enfermería.

En las primeras conferencias de la NANDA se acordaron las primeras formas de clasificación hacia 1986. Posteriormente en la tercera, cuarta y quinta conferencia organizada por esa asociación se estudiaron las listas de los diagnósticos y propusieron los 9 patrones de respuesta humana constituyendo la base de la clasificación. Estos patrones son los siguientes:

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.
8. Conocimiento.
9. Sentimientos.

La numeración no representa prioridad alguna, la situación de cada patrón fue considerada por su nivel de abstracción de lo general a lo específico (Gordon 1999).⁴²

Tipos de diagnósticos en enfermería.

La NANDA ha identificado los tipos de diagnósticos de enfermería de los cuales se clasifican según características.

Un diagnóstico de enfermería *REAL* es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida. (Ejemplo: desesperanza, conflicto de rol parenteral o fatiga).

Un diagnóstico de *ALTO RIESGO* es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema. (Ejemplo: alto riesgo de

⁴² Cruz J.M. *ibidem* pág. 2

infección, alto riesgo de disfunción neurovascular periférica, alto riesgo de tensión en el desempeño del rol de cuidador).

El diagnóstico de *BIENESTAR O DE SALUD* es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar o un nivel más elevado. (Ejemplo: conductas generadoras de salud, lactancia materna eficaz o alteración del afrontamiento familiar: potencia de desarrollo.

El diagnóstico *POSIBLE* señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.⁴³

El diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en:

1. *Independientes*. Las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global de su sujeto de atención.
2. *Dependientes*. Aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las ordenes médicas.
3. *Interdependientes*. Son aquellas que dependen de la interrelación que corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias.⁴⁴

Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se debe tener en cuenta algunas reglas:

- Usar términos técnicos.
- Evitar juicios de valor, supuestos o deducciones.
- Escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención.
- La primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención.
- Escribir con relación a o relacionado con en vez de debido a.
- La primera y segunda parte deben ser diferentes.
- Evitar invertir las dos partes del enunciado.

⁴³ Lyer P.W; Taptich B.J. y colab. *Ibidem* Pág. 95-96

⁴⁴ Roldán T. A; *ibidem* pág. 6

- No utilizar el diagnóstico médico.
- El problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar.

Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.

Errores en el proceso diagnóstico:

1. Recolección incompleta o incorrecta de datos por:

- Problemas de comunicación.
- Ocultamiento de datos.
- Distracciones.

2. Interpretación errónea de los datos por:

- Deducciones prematuras.
- Prejuicios personales.

3. Falta de conocimiento clínico o de experiencia:

- Novicio, principiantes iniciados, competente, diestro, experto.⁴⁵

El proceso diagnóstico es el razonamiento que nos lleva a la emisión de un juicio sobre la situación o actitud de salud del usuario de nuestros servicios. Diagnosticar es, esencialmente distinguir o discriminar. Cuando se recoge la información se produce una primera discriminación entre los datos que indican la presencia de un problema y los que evidencian los recursos o características del paciente.

Según Alfaro el razonamiento diagnóstico, en su más amplio sentido, implica tres actividades:

1. Agrupar la información recogida de manera que nos permita formar una imagen clara.
2. Interpretar esta información, es decir compararla con unos criterios previos para determinar primero su relevancia y luego su significación.
3. Emitir un juicio o conclusión.

La enfermera que adopte el modelo de Virginia Henderson actuará cuando pueda ayudar a la persona a recuperar, mantener o aumentar el nivel de independencia en la satisfacción de sus 14 necesidades básicas y

⁴⁵ Roldán T. A; *ibidem* pág. 5

los diagnósticos que formule se encontrarán relacionados con sus niveles de dependencia/independencia.⁴⁶

2.3.3. Planeación.

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).⁴⁷

La actividad mayor en la planificación es el desarrollo del plan de asistencia de enfermería que aporta la base para la intervención. Deben estar involucrados el paciente pediátrico, la familia y la enfermera. El plan de acción de la enfermera debe estar estructurado para incluir todos los diagnósticos de enfermería identificados, reales o potenciales y debe basarse en los principios y un buen razonamiento. Los Principios que guían las acciones de enfermería se extraen del conocimiento ganado de los estudios previos de las humanidades y la ciencia.⁴⁸

El plan de cuidados es el instrumento por excelencia que tiene entre manos la enfermera en su trabajo diario. El plan de cuidados es el que orienta todas las actividades de la enfermera, tanto en relación con un paciente determinando como con el conjunto de pacientes que están bajo su responsabilidad.

El plan de intervención relacionado con una persona permite a la enfermera juzgar la urgencia de sus necesidades y la importancia de sus problemas de dependencia. Le permite hacer una comparación con la situación de los demás pacientes, establecer las prioridades para cada uno de ellos, y decidir cuáles son las prioridades que debe respetar en el curso de su jornada de trabajo.

Plan de intervención y comunicación.

El sistema actual de salud presupone la presencia de numerosos profesionales que giran en torno al cliente. Cualquiera que sea la profesión a

⁴⁶ Luis M.R. Diagnostico Enfermero. Rol de Enfermería Febrero 1997. pág. 27-30.

⁴⁷ Roldán T. A; íbidem pág. 6.

⁴⁸ Marlon D.R. Íbidem. pág. 9

que pertenecen, todos comparten un objetivo común; el bienestar de la persona.

Es muy importante que sea posible establecer una comunicación permanente entre todos los profesionales: médicos, enfermeras u otros terapeutas. Debe, por tanto, existir una fuente de información que les ponga al corriente los cuidados en curso de cada paciente; esto se realiza a través del plan escrito de intervención. Este plan es un lugar común en el que todo el equipo de salud puede encontrar informaciones útiles para establecer el problema del paciente y una orientación común para la acción. En consecuencia puede convertirse en un instrumento de comunicación y de unificación de los cuidados utilizado por todos los profesionales de la salud que actúan dentro de una unidad de cuidados.

Plan de intervención y continuidad de los cuidados.

La mayor utilidad del plan de intervención consiste, sin duda alguna, en facilitar un seguimiento de los cuidados entre las distintas enfermeras y equipos de trabajo. En efecto, las enfermeras de los diferentes equipos de trabajo (turnos de día, de tarde y de noche) pueden, de esta forma, asegurar una línea constante de orientaciones. En este caso, el plan de intervención se convierte en el instrumento por excelencia de la continuidad de los cuidados.

Participación del paciente y de la familia.

El objetivo principal de los cuidados, dentro del marco conceptual de las necesidades fundamentales, consiste en conducir al paciente a un grado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades. Es, pues, esencial, en la medida de lo posible, que se haga colaborar al paciente en la preparación de su plan de intervención y en la elaboración del establecimiento de prioridades.

Es evidente que la situación del paciente no siempre nos lo permitirá. Pero cuando su nivel de comprensión y su fuerza física son favorables, la enfermera puede comunicar más fácilmente determinados objetivos al paciente. Es el mejor medio para comprobar que los objetivos son pertinentes, para tener seguridad de que las prioridades establecidas son adecuadas y para suscitar la colaboración del cliente para realizarlas.

Esto se puede también aplicar a la familia y a ciertas personas próximas al paciente, que puede ser conveniente que se integren en la planificación de intervenciones o incluso que participen en los propios cuidados.⁴⁹

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas:

1. Fijación de prioridades.
2. Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados.
3. Determinación de las acciones/actividades de enfermería.
4. Documentación del plan de cuidados de enfermería.⁵⁰

Fijación de prioridades.

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que sea totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros.⁵¹

Principios básicos para la fijación de prioridades.

Elegir un buen método para asignar prioridades y utilizarlo consistentemente es la clave para actuar de forma sistemática y abarcar todos los problemas.

A los problemas que son factores contribuyentes de otros problemas debe dárseles una mayor prioridad.

La escala de prioridades está influenciada por lo siguiente:

- La Percepción de prioridades del paciente.
- Lo acertada que sea su propia comprensión de la situación general.
- La duración esperada de la estancia (o contacto).
- Los planes de cuidados estandarizados o guías.

⁴⁹ Phaneuf, M. *ibidem* Pág. 101-103.

⁵⁰ Alfaro-LeFevre. R. *ibidem*. Pág. 101.

⁵¹ Roldán T. A.; *ibidem* pág. 7.

Pasos sugeridos para la fijación de prioridades.

1. Pregúntese: ¿Qué problemas necesitan atención inmediata y que podría suceder si espero a atenderlos?
2. Identificar los problemas que requieren soluciones simples e inicie las acciones para resolverlos.
3. En una hoja de trabajo, desarrollar una lista inicial de problemas e identificar los problemas y causas, si las conoce.
4. Estudiar la lista de problemas que se ha confeccionado y decidir cuáles de ellos requiere intervenciones preescritas por las enfermeras (diagnóstico de enfermería) y que problemas requieren intervenciones preescritas por el médico (problemas interdependientes).
5. Determinar un grupo de problemas prioritario.
6. Seguir la política de la escuela o centro para anotar la lista de problemas y determinar como debe tratarse cada uno de ellos.⁵²

Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados.

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Los resultados se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.⁵³

Los objetivos son un componente importante de la fase de planificación del proceso de enfermería. También se puede llamar a los objetivos metas u objetivos de la conducta. Independientemente de su denominación, su propósito es el mismo: definir la forma en que el profesional de enfermería y el cliente saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida.⁵⁴

Phaneuf define a un objetivo de cuidados como una meta a la que se requiere que llegue el paciente se trata de una intención dada a los

⁵² Phaneuf, M. *ibidem* Pág. 129-131.

⁵³ Roldán T. A.; *ibidem* pág. 7.

⁵⁴ Lyer P.W; Tapich B.J. y colab. *ibidem* Pág. 162.

cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el paciente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.

Características de un objetivo de cuidado.

El objetivo de cuidados debe permitir a la enfermera identificar con claridad el punto hacia donde desea conducir al paciente, es decir, debe describir cuál es el resultado que persigue con su acción. Estas características son:

- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- Debe ser propio del sujeto o su familia.
- Debe ser observable y mensurable.
- Debe evolucionar con la situación.
- Su formulación incluye un verbo de acción.
- Puede afectar a diferentes campos: psicomotor, afectivo o cognoscitivo.
- Debe relacionarse en la parte "problema" del diagnóstico.

Componentes de un objetivo.

Las características enunciadas anteriormente indican cómo ha de ser la composición de un objetivo; llevan a la enfermera a incluir en los objetivos que se marca determinadas precisiones esenciales.

- Sujeto único (el mismo paciente).
- Verbo activo o pasivo (que exprese a ser posible, un solo comportamiento a la vez).
- Elementos descriptivos de la acción (forma en que el paciente realizara la acción).
- Criterios de observación (en que momento y medida debe realizarse la acción).

Campos a los que pueden pertenecer los objetivos de cuidados.

Los objetivos de cuidados pueden pertenecer a campos muy diferentes. Pueden ser:

- De naturaleza psicomotriz. Que implica el movimiento.
- De naturaleza cognitiva. Se refiere al conocimiento.

- De naturaleza afectiva. Son las sensaciones, las emociones y los sentimientos.⁵⁵

Objetivos a corto y largo plazo.

Objetivo a corto plazo. Objetivo que se espera lograr en un plazo corto de tiempo, en general menos de una semana.

Objetivo a largo plazo. Objetivo que se espera lograr en un plazo de tiempo relativamente largo, en general semanas o meses.

Las órdenes médicas deben consultarse siempre antes de planificar las intervenciones de enfermería. Esto es debido a que las órdenes médicas pueden dirigir los cuidados de los problemas interdependientes y es probable que afecten la planificación que enfermería haga para los diagnósticos.⁵⁶

Determinación de las acciones/actividades de enfermería.

Se trata de la elección de las intervenciones que permiten a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado del paciente y para corregir su problema de dependencia.

No podemos abordar este tema de las intervenciones sin recordar el rol de la enfermera en un proceso de cuidados realizado a partir del marco conceptual de Virginia Henderson. Como ya se ha dicho anteriormente, se trata del rol de suplencia, es decir, que la enfermera suple lo que el cliente no puede hacer por sí mismo para satisfacer sus necesidades y corregir su problema de salud.

Características de las intervenciones.

- Basarse en principios científicos de la fisiopatología, psicología, sociología, etc.
- Individualizarse.
- Formularse de manera concisa simple y concreta.
- Armonizarse con el diagnóstico enfermero y el objetivo.
- Afectar a la parte problema y/o a la parte causa del diagnóstico enfermero.

⁵⁵ Phaneuf, M. ibidem Pág. 104-108.

⁵⁶ Alfaro-LeFevre. R. ibidem. Pág. 100-102.

- Responder a las preguntas ¿qué?, ¿cuándo?, ¿Dónde?, ¿En que medida?, ¿Quién?.
- Buscar la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.
- Considerarse como el equivalente de la prescripción médica y estar firmadas.
- Ser creativas.
- Favorecer la participación de la persona, la relación de ayuda y la enseñanza.⁵⁷

Al contar con todos estos elementos la enfermera podrá entonces diseñar su plan de cuidados “que es un todo que comprende el diagnóstico enfermero, los objetivos y las intervenciones que sirven para prevenir, organizar y evaluar los cuidados”.

Documentación del plan de cuidados de enfermería.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre el paciente.

Características: independientemente del marco en el que estén escritos, los planes de cuidados tienen ciertas características deseables, como son:

- Estar escritos por enfermeros titulados universitarios.
- Ser iniciado después de la primera interacción con el cliente.
- Fácilmente accesible.
- Actual.

Tipos de planes:

Individualizados. Permite la documentación de los diagnósticos de enfermería objetivos e intervenciones pero exige mucho tiempo.

Estandarizados: habitualmente son desarrollados por expertos clínicos que han investigado meticulosamente, son útiles en la enseñanza del profesional no familiarizado con los diagnósticos médicos, pero también puede ser limitante, ya que es raro que todos los problemas del paciente se aborden en un solo plan.

⁵⁷ Phaneuf, M. ibidem Pág. 111.

Computarizado. Aumenta el potencial de documentación exacta y completa, la preparación del plan exige menos tiempo que el escrito a mano. Se lee fácilmente, el plan se realiza en la unidad del paciente y se facilita la actualización frecuente. Pero también se deberá disponer de una cantidad suficiente de ordenadores y personal capacitado.

Multidisciplinarios. La asistencia del paciente esta reforzada por la comunicación cuando varias disciplinas comparten puntos de vista pero también se necesita tiempo para que el equipo se ponga de acuerdo.⁵⁸

2.3.4. Ejecución-Intervención.

Los objetivos y estrategias planificados se traducen en la intervención de enfermería por medio del plan de asistencia de enfermería. Así como era esencial que el paciente y la familia estuvieran involucrados en la identificación de los diagnósticos de enfermería, es esencial también que el paciente y la familia participen en el alivio o corrección del problema. Aunque es la Enfermera quien utiliza un conocimiento básico para enmarcar el plan. El paciente y la familia deben participar en su implementación. La cooperación y el estado de salud mejorado se aseguran mejor cuando el paciente y los miembros de la familia conocen la razón par el plan y trabajan activamente por los objetivos acordados.

La fase de intervención del proceso de enfermería termina cuando se han completado las estrategias de enfermería y se han registrado las respuestas del cliente. Estos registros deben relacionarse con los diagnósticos de enfermería y la respuesta del paciente así como cualquier información importante adicional. El registro se efectúa en forma objetiva y concisa. Es la base para la evaluación del plan de asistencia de enfermería.⁵⁹

Ejecución de los cuidados y orientación hacia la independencia.

De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades. Pero, según la condición del paciente, el estado de dependencia puede ser variable.

⁵⁸ Lyer P.W; Taptich B.J. y colab. Ibidem Pág. 197-210.

⁵⁹ Marlon D.R. Ibidem. pág. 22

La fase de ejecución de los cuidados es el momento más importante para el contacto con el paciente. Es el momento por excelencia para establecer una relación significativa con él.⁶⁰

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

1. **PREPARACIÓN:** prepararse para comenzar las intervenciones de enfermería y estas son:

- I. Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
- II. Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- III. Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
- IV. Proporcionar los recursos necesarios.
- V. Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

2. **INTERVENCIÓN:** su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del paciente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos. Generalmente, la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a estas categorías:

- I. Refuerzo de las cualidades.
- II. Ayuda en las actividades de la vida diaria.
- III. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- IV. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- V. Educación
- VI. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

3. **DOCUMENTACIÓN:** la ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso de enfermería.⁶¹

⁶⁰ Phaneuf, M. *ibidem* Pág. 127.

⁶¹ Lyer P.W; Taptich B.J. y colab. *ibidem* Pág. 224-246.

Los informes se dividen en dos categorías principales: los escritos y los verbales.

Los informes escritos son esenciales para el ejercicio de la profesión y algunas razones que explican su utilidad son:

- Permite comunicar la información esencial al equipo de cuidados.
- Se ha convertido en una obligación profesional y ofrece a la enfermera la ocasión de demostrar sus responsabilidades.
- Permite evaluar el trabajo de la enfermera.
- Constituye un documento legal permanente: todo lo que ocurre entorno a la persona cuidada se consigna en ella (tratamientos, medios de investigación, visitas de profesionales, etc.).
- Se muestra como una importante base para la evaluación de los cuidados.
- Facilita la continuidad de los cuidados.
- Proporciona información para seguir la evaluación de la persona de un día a otro (quejas, manifestaciones de complicaciones, etc.).
- Asegura una protección legal tanto para el enfermo como para la enfermera. En caso de una queja, la persona puede demostrar, con la historia clínica en la mano, las medidas que se han descuidado. Por su parte, la enfermera puede defenderse con la ayuda de notas que ha redactado.
- Facilita el diagnóstico entre los profesionales.
- Puede convertirse en objeto de investigación enfermera.

Los informes verbales se dan a conocer al finalizar su turno de trabajo del personal de enfermería, a sus compañeras del siguiente turno o a cualquier miembro del equipo de salud, poniendo de manifiesto los elementos de mejora o de deterioro del paciente y aquellos cuidados básicos que se realizaron o no pudieron realizarse explicando los motivos.⁶²

2.3.5. Evaluación.

La evaluación es el último paso en el proceso de enfermería y se basa en el plan de asistencia de enfermería. En forma más específica, los

⁶²Phancuf, M. *ibidem* Pág. 220.

diagnósticos de enfermería, objetivos, estrategias de enfermería y resultado en términos de la respuesta del paciente son las normas en las que se basa la evaluación. Se utilizan los datos objetivos del paciente, familia y enfermería y los miembros del equipo de salud en la determinación del grado en que se logran los objetivos.⁶³

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cuál puede ocurrir de dos formas:

El logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo.

Un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado.

No hubo logro, se afirma cuando el sujeto no ha conseguido el resultado.

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

2. La revaloración de planes, el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

3. la satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de los que implica unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede

⁶³ Marlon D.R. Ibidem. pág. 23

sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con el paciente o su familia.

Es importante resaltar que en la evaluación del logro de los objetivos no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar habilidades para redactar planes y objetivos para afrontar los problemas del paciente; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permite diseñar protocolos de atención de cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.⁶⁴

Formas de evaluación.

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas:

a) Estructura:

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud. Ejemplos de evaluación de la estructura son las auditorías de enfermería por parte de organizaciones específicas. La mayor parte de los hospitales han establecido lineamientos para evaluar la estructura.

b) Proceso:

La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución.

La evaluación concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento en que tiene lugar.

La evaluación retrospectiva del proceso es implementada después de que el paciente ha sido dado de alta, las acciones de enfermería son evaluadas después de este hecho.

⁶⁴ Roldán T. A; *ibidem* pág. 9-10.

c) Resultado:

La evaluación del resultado se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención.

La evaluación concurrente del resultado juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento.

La evaluación retrospectiva del resultado examina la gráfica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de enfermería.⁶⁵

A continuación en la figura No.1 se muestra un esquema con los aspectos relativos de la relación del Proceso de enfermería considerando el modelo de V. Henderson.



Figura. 1 Síntesis del modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. (Pérez N.C. 2004).

⁶⁵ Griffith J.W; Christensen P.J. Proceso de atención de enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Edit. Manual moderno, México D.F. 1993. Pág. 195-197.

2.4. Aspectos Éticos del cuidado.

La ética ha sido la verdadera base de la práctica profesional de enfermería desde el inicio de la enfermería moderna en el siglo XIX.

Las enfermeras, como personas y como profesionales de los cuidados de salud, emiten juicios cada día que afectan a las vidas humanas y que tienen influencia en el bienestar de los pacientes, de sus familias y de otras personas.⁶⁶

La ética exige que utilicemos dos de nuestras cualidades humanas: la capacidad de razonar y la capacidad de sentir empatía hacia los demás.

Los principios básicos de la ética son los siguientes:

1. *EL RESPETO* por las personas es el primer principio y éste exige que cada individuo sea tratado como un ser único y como un ser igual a todos los demás individuos. Se requiere una justificación ética especial para interferir en los propósitos, la privacidad, o los comportamientos individuales de cada persona.

2. *NO MALEFICENCIA*, o no hacer daño, es otro principio ético muy antiguo y puede encontrarse en el juramento hipocrático de los médicos y de los escritos de Florence Nightingale. Este principio consta de tres partes que son:

- a) No debemos causar daño.
- b) Debemos prevenir el daño
- c) Debemos erradicar el daño.

3. *BENEFICENCIA*, o hacer el bien es el tercer principio ético. El deber de no causar daño tiene prioridad sobre el de proporcionar beneficios (hacer el bien) en situaciones en la que ambos principios entran en conflicto y no hay otros elementos a favor ni en contra de uno u otro. Se considera que los beneficios tienen un valor positivo que promueve la salud o el bienestar, como la prevención de las enfermedades o una muerte prematura.

4. *JUSTICIA* es el principio ético básico para la sociedad y para la prestación de los cuidados de enfermería y de salud y para la prestación de los cuidados de enfermería y de salud.⁶⁷

⁶⁶ Davis Anne J. Las dimensiones éticas del cuidar de enfermería. Enfermería clínica, Vol.9, Núm.1 Pág.21.

⁶⁷ Davis Anne J. *ibidem* Pág. 22.

El ser responsable es tener argumentos para poder explicar porqué se ha actuado de una manera determinada y no de otra. Supone que la persona es sujeto de responsabilidad y que por ello puede prever las consecuencias de sus decisiones, anticiparse a los resultados posibles y optar por aquella acción que tienen los mejores resultados.

El desarrollo profesional de la enfermería significa que las enfermeras (os) seamos capaces de tomar decisiones de cuidados que permitan la actuación profesional al más alto nivel de calidad que se pueda exigir en cada momento. Requiere un compromiso personal y profesional.

La ética y el derecho son dos instrumentos de gran ayuda en el análisis y la toma de decisiones. La ética nos invita a razonar, a debatir, a argumentar qué es lo bueno y lo correcto y cómo conseguirlo. Apela a la libertad de expresión, al conocimiento de los porqués, al respeto, a la clarificación de los propios valores como paso previo para el respeto y consideración de los valores del otro. El derecho tiene en sí mismo una idea de pacto, de común acuerdo de lo que es o no aceptable. Tiene como finalidad la justicia y la idea que se tenga de lo que es el bien común y de cómo preservarlo.⁶⁸

Desde la perspectiva concreta de los usuarios de la sanidad, Gl. Husted concreta los siguientes derechos que la enfermera debe respetar, mantener y fomentar. 1. Derecho a la autonomía, 2. Derecho a la libertad, 3. Derecho a la veracidad, 4. Derecho a la privacidad, 5. Derecho a la beneficencia y 6. Derecho a la fidelidad

Las enfermeras debemos ser ampliamente conscientes de que creamos, establecemos y perpetuamos valores, definimos nuestra manera de actuar según normas y reglas de conducta, y que estas a su vez y sostienen y legitiman mediante sistemas de creencias y de control.⁶⁹

La atención médica en México, esta regulada básicamente por las siguientes leyes: Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Código civil, Ley federal de trabajo, Código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, Ley del Seguro Social, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios

⁶⁸ Busquets S.M. Ejercicio profesional: responsabilidad ética y legal. Enfermería clínica 1988. Vol. 18 Núm. 1 Pág. 24-30.

⁶⁹ Busquets S.M. *ibidem* Pág. 30-34.

Sociales de los trabajadores del Estado, Ley General de Salud y Ley de seguridad social para las Fuerzas Armadas.

Ley General de Salud: (ART. 79). La enfermera queda comprometida dentro de la disciplina para la salud. Su ejercicio podrá desarrollarse mediante actividades de auxiliar técnico, profesional o de postgrado.

Para tal efecto requiere: cedula profesional registrada ante la Dirección General de Profesiones.

Derecho Sanitario: Obligaciones del personal de Enfermería:

1. Solo podrá desarrollar su actividad conforme a los principios científicos y éticos de la práctica de enfermería.
2. Solo podrá desarrollar su actividad si cuenta con la documentación académica permitida.
3. Deberá participar en la atención a pacientes en caso de urgencia.
4. Deberá realizar su actividad si cuenta con el consentimiento del paciente, sus familiares o representante legal.
5. Deberá notificar al ministerio público de los casos de afecciones o fallecimientos presumiblemente vinculados a hechos ilícitos.
6. Deberá notificar a la autoridad sanitaria de los casos de afecciones transmisibles a la brevedad.
7. Deberá participar en programas de educación para la salud.
8. Deberá allegarse los insumos indispensables para el ejercicio profesional.
9. En caso de aplicación de vacunas, hacer las anotaciones respectivas en la cartilla nacional de vacunación.
10. Portar gafete con fotografía autorizado por la institución o establecimiento en que preste su servicio.

Obligaciones inherentes a la prestación de servicios de enfermería mediante una relación de carácter civil.

1. Prestar sus servicios de acuerdo con los principios científicos y éticos que rigen la práctica de esta disciplina.
2. Respeto al secreto profesional.
3. Responder civilmente, el pago de daños y perjuicios en caso de negligencia, impericia o dolo.

4. Prestar sus servicios en forma profesional y oportuna.
5. Actuar conforme a indicaciones médicas.
6. Propiciar atención de enfermería, procurando comodidad, alivio y rehabilitación, tanto en la esfera física como en la mental y social y cumplir con lo que en su caso dispongan las normas sanitarias.⁷⁰

Es importante recordar que un Código de Ética profesional es: un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en sus estándares para la práctica, que mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional y que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

De este modo para los fines específicos de este código se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento.

El principio de autonomía significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado (Anexo A) en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está conciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que le proponen.⁷¹

2.5. Síndrome de Intestino Corto.

El tratamiento del síndrome de intestino corto (short Bowel síndrome, SBS) es uno de los mayores retos que enfrentan quienes atienden a

⁷⁰ Guzmán V.A.; Tonis M.A. Aspectos éticos y legales en la práctica de enfermería. Desarrollo Científico en Enfermería. Vol. 9 No. 8 Sep.2001. pag. 246-248.

⁷¹ Secretaría de Salud Código de Ética para enfermeras y enfermeros de México. México D.F. 2001.

lactantes y niños. Es de fundamental importancia proporcionar nutrición adecuada y evitar las complicaciones. En general, los niños tienen una gran capacidad para lograr una alimentación enteral normal. Dos grandes adelantos han mejorado el pronóstico del síndrome, incluso en los lactantes y niños más afectados. El primer paciente que recibió alimentación parenteral total, hace más de 30 años, fue un lactante con SBS. Desde entonces la nutrición parenteral se ha vuelto parte indispensable del tratamiento agudo y crónico del SBS. En fecha reciente, el éxito de los trasplantes de intestino delgado ofrece esperanzas de quienes no toleran la alimentación enteral por falta de adaptación intestinal.⁷²

Epidemiología.

Es creciente el número de pacientes que se someten a resección de un tramo extenso de intestino delgado y que sobreviven gracias a los adelantos en las técnicas perí y postoperatorias. Las consecuencias de la resección de intestino corto dependen de la longitud de intestino residual y de la región intestinal que se reseca.

Etiología y patogenia.

Los trastornos que con mayor frecuencia motivan la resección masiva del intestino delgado en los pacientes pediátricos son atresia intestinal, vólvulo del intestino medio o segmentario, defectos de la pared abdominal, enterocolitis necrosante, enfermedad de Hirschprung, estados de hipercoagulación, vegetación de válvulas cardíaca, enfermedad de Crohn y traumatismos abdominales.

Los factores que influyen en la absorción de nutrientes después de la resección del intestino delgado son: extensión del procedimiento y sitio resecado, presencia de unión ileocecal, estado de intestino residual y de otros órganos y grado de adaptación en el intestino residual. De la cantidad de intestino delgado que quede después de la resección dependerán el área de superficie de absorción y el tiempo de tránsito. Es posible resecar hasta la mitad del intestino delgado sin que haya secuelas nutricionales importantes, pero las resecciones de 75% o más producen casi invariablemente malabsorción grave. Se ha informado supervivencia

⁷² Whyllie R.H. Gastroenterología Pediátrica 2ª edición Interamericana. México D.F. 2001. Pág.357.

prolongada con sólo 15 a 48 cm. de yeyuno residual además del duodeno. Aunque el íleon puede asumir la absorción de nutrientes, vitaminas y minerales que normalmente se absorben en duodeno y yeyuno, la pérdida de las células enteroendocrinas de la porción proximal del intestino puede ocasionar disminución de la secreción pancreaticobiliar, con lo que se exacerbará la malabsorción. La resección ileal puede ocasionar diarrea de sales biliares y deficiencia de vitamina B12 (después de resecciones de menos de 100 cm.) y esteatorrea importante (después de resecciones mayores que esa medida). Como los nutrientes que se encuentran en el íleon regular el vaciamiento gástrico y el tránsito por el intestino delgado, la resección ileal puede acortar los tiempos de tránsito intestinal y amplificar más aún el defecto de la absorción. La resección combinada del intestino delgado y el colón suele incrementar la deshidratación y las deficiencias de sodio y potasio, en comparación con lo que se ocurre cuando se reseca sólo el intestino delgado.

La eliminación quirúrgica de la unión ileocecal apresura el tiempo de tránsito por el intestino delgado y aumenta la colonización bacteriana del intestino residual, con lo que se producen desconjugación de las sales biliares, malabsorción de grasas y vitaminas liposolubles, malabsorción de Vitamina B12 y diarrea por sales biliares.⁷³

Manifestaciones clínicas.

Las principales manifestaciones clínicas son la malabsorción y la diarrea. La capacidad para asimilar nutrientes se correlaciona con la longitud y la localización del intestino residual, así como con sus cualidades. La malabsorción de los hidratos de carbono y la esteatorrea son manifestaciones frecuentes que producen diarrea y fallo de medro. En condiciones normales se secretan grandes cantidades de líquidos y electrólitos en los tramos superiores del tubo digestivo que deben ser reabsorbidos. La capacidad para reabsorber líquidos y electrólitos suele ser insuficiente en el síndrome de intestino corto, lo que desemboca en pérdidas por el tubo digestivo que originan deshidratación, hiponatremia, hipopotasemia y acidosis. La cantidad de las pérdidas esta determinada por

⁷³ Tadakata Y. Manual de Gastroenterología Interamericana Méx. D.F. 2000 Pág.441-442.

la presencia o ausencia del colon a continuación del intestino delgado. La absorción de los oligoelementos es también escasa, por lo que se pierden en exceso. En raras ocasiones se produce una acidosis D-láctica como resultado de la fermentación de los hidratos de carbono de la dieta por parte de las bacterias de la luz del intestino delgado debida a un sobrecrecimiento bacteriano. Los pacientes con estas manifestaciones experimentan confusión, hiperventilación y acidosis con niato aniónico en ausencia de un valor elevado de lactato sérico medido con técnicas convencionales que determinan el lactato. Tras la resección de una porción del intestino delgado se produce una hipersecreción de ácido en el estomago secundaria a una hipergastrinemia transitoria. No obstante, parece que esta afección no provoca problemas en los lactantes ni en los niños. A menudo existe una colestasis asociada como resultado de una hiperalimentación y de otros factores. La colestasis puede prolongar la malabsorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles.⁷⁴

Alteraciones de la motilidad.

La resección intestinal puede tener efectos profundos en la utilidad del intestino delgado. Puede desorganizar el patrón normal necesario para el contacto eficaz de los nutrientes intraluminales con las enzimas y con las superficies de absorción. Los trastornos de la motilidad dependen de sitio y de la extensión de la resección. La principal consecuencia de la resección del intestino delgado proximal es que disminuye la inhibición del vaciamiento gástrico por el quimo intestinal. Parece que el aumento en la velocidad del vaciamiento se correlaciona de manera directa con la longitud del yeyuno residual, surgiendo la pérdida del freno del intestino delgado sobre el vaciamiento gástrico. A pesar del incremento en la velocidad del vaciamiento gástrico en los pacientes con resección del intestino delgado proximal, el tránsito intestinal permanece normal debido a que el tránsito por el íleon íntegro es lento. Cuando se reseca el intestino distal, se pierde el efecto de la lentitud del tránsito por el íleon. En los pacientes sometidos a resección

⁷⁴ Nelson W.E. Tratado de pediatría Vol. I. 16ª edición Interamericana, Méx. D.F. 2001. Pág.1276-1277.

del colon, el tránsito intestinal total también se correlaciona con la longitud del colon residual.⁷⁵

Estudios de diagnóstico.

Los estudios de laboratorio permiten identificar anomalías que dependen de la gravedad de las deficiencias de nutrientes, vitaminas y minerales. La medición de electrolíticos pondrá de manifiesto hiponatremia, hipocalinemia, hipocalcemia e hipomagnesemia, en tanto que la citología hemática completa podría indicar la presencia de anemia causada por deficiencia de vitamina B12 y, con menor frecuencia, deficiencia de vitaminas liposolubles (es decir, A, D, E y rara vez, K). También están incrementadas las concentraciones urinarias de oxalato en los pacientes factibles a formar cálculos de las concentraciones de grasa. El patrón de oro para identificar la proliferación bacteriana es el cultivo cuantitativo del líquido intestinal obtenido por vía endoscópica o mediante una sonda de aspiración colocada bajo orientación fluoroscópica.

Estudios radiográficos.

En la mayor parte de los casos no se requiere valoración radiográfica del paciente que tiene este síndrome. Sin embargo, puede efectuarse estudio de tránsito de intestino delgado mediante ministración de bario si no está clara la longitud de intestino residual. Es posible emplear también radiografía del esqueleto y densitometría ósea para valorar la presencia de osteomalacia y osteoporosis en el paciente que experimenta malabsorción de calcio y vitamina D. la ultrasonografía puede ser de gran utilidad para identificar posibles cálculos biliares y la pielografía intravenosa o la ultrasonografía renal tenderán a revelar la presencia de cálculos renales.⁷⁶

Tratamiento del paciente con síndrome de intestino corto.

El tratamiento en lactantes y niños con resección intestinal extensa puede dividirse en fase aguda y fase crónica. La primera engloba estabilización de las necesidades de líquidos y electrolitos; administración inicial de nutrición parenteral para revertir el catabolismo; uso juicioso de fármacos para combatir la hipersecreción de ácido gástrico y la pérdida de líquidos y

⁷⁵ Whyllie R.H. *ibidem* Pág. 361-367.

⁷⁶ Tadakata Y. *ibidem* Pág.443-444.

electrolitos luminares; y administración enteral de pequeñas cantidades de soluciones con glucosa, electrólitos y dietas elementales para estimular la adaptación del intestino delgado. La fase crónica incluye la transición gradual de la nutrición parenteral a la enteral; la valoración de las necesidades de suplementos enterales de líquidos, electrólitos, cationes divalentes, oligoelementos y vitaminas, y los tratamientos específicos de las complicaciones del SBS, el tratamiento a largo plazo consiste en vigilar con cuidado los parámetros de crecimiento y desarrollo, así como la vigilancia de las complicaciones potenciales de la alimentación parenteral (infecciones relacionadas con el catéter, hepatopatías colestática y cálculos vesiculares). Los lactantes con síndrome de intestino corto tienen problemas específicos, como pérdida de las habilidades motoras bucales y eversión a la alimentación oral. Estos problemas deben ser atendidos de manera oportuna, mucho antes de que se intente por vía oral cantidades relevante de nutrientes.

Nutrición parenteral total y terapéutica con líquidos y electrolitos.

Los lactantes y los niños sometidos a resecciones intestinales extensas requieren la colocación inmediata de un catéter venoso central para alimentación que permita la satisfacción de sus necesidades de líquidos, electrólitos y nutrientes durante el periodo postoperatorio en pacientes con resecciones menos extensas, en especial a los que les quedan una porción de íleo posquirúrgico inicial y el tiempo en que sanan la anastomosis y la herida. El propósito de esta fase inicial de tratamiento es valorar las pérdidas de líquidos y electrolitos y reponerlas con soluciones parenterales, además de proporcionar los aminoácidos apropiados para mantener la síntesis de las propiedades esenciales y evitar el catabolismo excesivo de músculo.

Alimentación enteral.

La alimentación por vía enteral es de fundamental importancia para estimular la respuesta de adaptación a la resección intestinal. Existen tendencias a abreviar el periodo prolongado de reposo intestinal, para empezar a introducir en un plazo más corto nutrientes a través de la luz intestinal de los pacientes con síndrome de intestino corto. En preparación para la introducción temprana de alimentos, durante la intervención

quirúrgica para reseca el intestino, suele colocarse el tubo de gastrostomía. Esto facilita la alimentación enteral en pacientes que pueden estar muy delicados como para tomar fórmulas adecuadas por vía oral, o que rechazan los alimentos por esta vía.

A menudo, el primer alimento que se emplea por vía enteral es una solución de líquidos y electrolitos que contiene glucosa.

Tratamiento farmacológico.

Los objetivos de la terapéutica farmacológica en los pacientes con síndrome de intestino corto son reducir la diarrea de manera incapacitante, ayudar a controlar las pérdidas de líquidos y electrolitos y tratar las complicaciones que se presenten. Los medicamentos no compensan la falta de absorción y pueden hacer daño cuando se utilizan en forma indiscriminada. El buen uso de fármacos permitirá al paciente controlar los síntomas en un grado suficiente como para dejar el hospital.

Tratamiento con nutrición parenteral a largo plazo.

El desarrollo de la nutrición parenteral. Es el adelanto técnico más importante para mejorar el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los lactantes y los niños con SBS. El advenimiento de la nutrición parenteral en casa ha revolucionado el cuidado a largo plazo y permitido a los niños y sus familias disfrutar de una vida más normal a pesar de que la gravedad de la enfermedad intestinal.

Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico debe reservarse para pacientes con complicaciones específicas como estenosis u obstrucciones parciales que ocasionan dilatación, estasis y sobreproliferación bacteriana; y para aquellos cuya anatomía impide que se logre adaptación suficiente como para permitir autonomía de la nutrición parenteral. El riesgo de empeorar el estado del paciente con otra resección o con la creación de adherencias o estenosis debe ponderarse contra el riesgo de las sepsis recurrente provocadas por el catéter, hepatopatía progresiva o pérdida de los sitios disponibles para colocar el catéter para nutrición.

Pronósticos de los lactantes y niños con síndrome de intestino corto.

El pronóstico del síndrome de intestino corto ha mejorado en grado sustancial desde que se cuenta con la nutrición parenteral. Con el advenimiento del trasplante de intestino delgado como opción terapéutica viable, aun los lactantes con pérdida intestinal de magnitud suficiente como para impedir la alimentación por vía enteral pueden ser apoyados con nutrición parenteral. La decisión sobre el tratamiento razonable depende de cada caso en particular. En la actualidad, a la mayoría de los lactantes se les salva la vida con la cirugía y se les mantiene con apoyo nutricional para dar tiempo al desarrollo de nuevos adelantos y mejoría en las técnicas de los trasplantes de intestino delgado.⁷⁷

Complicaciones tardías.

Las complicaciones a largo plazo comprenden a las asociadas a la nutrición parenteral: infecciones del catéter venoso central, trombosis, hepatotoxicidad y cálculos biliares. Por esta razón, conviene progresar lentamente con la nutrición enteral. Otra complicación tardía del intestino corto es un déficit de Vitamina B12. Los depósitos de vitamina B12 adquiridos durante la vida intrauterina son extensos que el déficit a veces no aparece hasta la edad de 1 a 2 años. Por consiguiente resulta esencial por comprobar periódicamente los niveles de vitamina B12 después de los primeros años de vida.

Líneas terapéuticas futuras.

Se cree que ciertos nutrientes estimulan el crecimiento adaptativo en los animales de experimentación, aunque todavía no se ha determinado la función que desempeñan en los seres humanos. Entre ellos se encuentran la glutamina, las fibras solubles, los ácidos grasos de cadena corta y los triglicéridos de cadena corta. También atrae el interés la función de los factores de crecimiento peptídico en la estimulación del crecimiento adaptativo del intestino. Los procedimientos quirúrgicos efectuados para alargar el intestino han generado resultados variables. El trasplante de intestino delgado se practica en los niños incapaces de prescindir de la nutrición parenteral. El trasplante de intestino delgado y de hígado es

⁷⁷ Whyllie R.H. *ibidem* Pág.373

factible en la actualidad y debe considerarse especialmente en los niños con hepatotoxicidad grave secundaria a la nutrición parenteral total.⁷⁸

III. METODOLOGIA APLICADA.

3.1. Descripción del caso.

Se trata de paciente masculino lactante mayor de un año cinco meses de edad originario de México D.F., nació el 9 de junio del 2002. Producto de la gesta 1 de un embarazo no planeado pero aceptado, con un peso al nacimiento de 3,310 Kg. y talla de 51 cm. Lloró y respiró al nacer, se desconoce apgar, fue dado de alta al segundo día aparentemente sin problemas.

La familia esta integrada por; madre de 17 años de edad, se dedica al hogar; padre de 23 años de edad de ocupación taxista, actualmente su familia vive en la colonia Pradera del D.F. en casa propia con todos los servicios. Se encuentran en unión libre en una 2ª etapa del ciclo familiar. Se trata de una familia nuclear, integrada, urbana y aparentemente funcional.

No se encontraron antecedentes patológicos familiares de importancia para el caso. Se detecta relaciones afectivas fuertes entre sus padres y abuelos del niño a pesar del tiempo que el niño ha estado hospitalizado.

A los seis meses de edad el niño presenta rechazo a la V.O., vómitos, náuseas y evacuaciones diarreicas líquidas frecuentes, es llevado a un hospital privado donde se le diagnóstica invaginación intestinal y se le realiza procedimiento quirúrgico para la resolución del problema. La mamá refiere que estuvo con medicamentos y que salió de la clínica con desnutrición crónica. Es por esto que el niño es referido al hospital Infantil ingresa el día 28 de marzo con los diagnósticos de síndrome de intestino corto secundario a resección intestinal por invaginación.

A la exploración física; día 2 de octubre del 2003, se encuentran los siguientes datos de importancia: Peso de 8680 Kg. Talla de 75 cm. Perímetro abdominal: 50 cm. Perímetro braquial: 20 cm. Perímetro cefálico: 48 cm. Frecuencia respiratoria: 32 por minuto. Frecuencia cardiaca: 100 por minuto. Tensión arterial: 90/60 y Temperatura: 36.8 grados centígrados.

⁷⁸ Nelson W.E. *ibidem* Pág. 338-340.

factible en la actualidad y debe considerarse especialmente en los niños con hepatotoxicidad grave secundaria a la nutrición parenteral total.⁷⁸

III. METODOLOGIA APLICADA.

3.1. Descripción del caso.

Se trata de paciente masculino lactante mayor de un año cinco meses de edad originario de México D.F., nació el 9 de junio del 2002. Producto de la gesta 1 de un embarazo no planeado pero aceptado, con un peso al nacimiento de 3,310 Kg. y talla de 51 cm. Lloró y respiró al nacer, se desconoce apgar, fue dado de alta al segundo día aparentemente sin problemas.

La familia esta integrada por; madre de 17 años de edad, se dedica al hogar; padre de 23 años de edad de ocupación taxista, actualmente su familia vive en la colonia Pradera del D.F. en casa propia con todos los servicios. Se encuentran en unión libre en una 2ª etapa del ciclo familiar. Se trata de una familia nuclear, integrada, urbana y aparentemente funcional.

No se encontraron antecedentes patológicos familiares de importancia para el caso. Se detecta relaciones afectivas fuertes entre sus padres y abuelos del niño a pesar del tiempo que el niño ha estado hospitalizado.

A los seis meses de edad el niño presenta rechazo a la V.O., vómitos, nauseas y evacuaciones diarreas líquidas frecuentes, es llevado a un hospital privado donde se le diagnóstica invaginación intestinal y se le realiza procedimiento quirúrgico para la resolución del problema. La mamá refiere que estuvo con medicamentos y que salio de la clínica con desnutrición crónica. Es por esto que el niño es referido al hospital Infantil ingresa el día 28 de marzo con los diagnósticos de síndrome de intestino corto secundario a resección intestinal por invaginación.

A la exploración física; día 2 de octubre del 2003, se encuentran los siguientes datos de importancia: Peso de 8680 Kg. Talla de 75 cm. Perímetro abdominal: 50 cm. Perímetro braquial: 20 cm. Perímetro cefálico: 48 cm. Frecuencia respiratoria: 32 por minuto. Frecuencia cardiaca: 100 por minuto. Tensión arterial: 90/60 y Temperatura: 36.8 grados centígrados.

⁷⁸ Nelson W.E. *ibidem* Pág. 338-340.

A la inspección general; se trata de paciente masculino lactante mayor de edad aparente igual a la cronológica. Conciente, buena coloración de tegumentos, mejillas rosadas, labios rosados e hidratados, bien conformado, tranquilo, activo, juguetón pero también se muestra irritable al manejo. En su cuna con barandales en actitud libremente escogida jugando, con movimientos de prensión con sus juguetes sin problemas, levantándose de su cuna sujetándose de los barandales sin problemas, se observan movimientos normales al levantarse; al volverse a sentar y al recostarse, con alteración en la integridad por la presencia de catéter subclavio derecho con soluciones y medicamentos conectados a bomba de infusión, sonda en cuadrante superior derecho abdominal funcional permeable, se encuentra con ropa deportiva y tenis limpios, pañal de la cuál se encuentra sucio al cambio del mismo con presencia de una dermatosis y crema alrededor de la misma. Cráneo normocefalo con escaso cabello castaño claro, delgado bien implantado, corto, presencia de cicatriz hipocromica pálida en zona de parietales por úlceras alopecia presente, sin datos de exostosis ni hundimientos. Cara redonda, frente amplia, cejas simétricas y pequeñas con escaso vello. Ojos simétricos, pestañas largas bien implantadas, parpados con tono y fuerza normales, esclerótica blanquecina sin alteraciones, conjuntiva vulvar rosa brillante, iris de color cafés claros, movimientos simétricos, sigue objetos sin problemas con la mirada, mejillas rosadas. Nariz pequeña de base amplia sin deformaciones ni dolor, presencia cicatriz de un rasguño pequeño, fosas nasales con presencia de escasa secreción hialina senos paranasales rosadas sin alteraciones. Pabellones auriculares con adecuada implantación con escaso cerumen en el conducto auditivo, responde cuando se le hable y voltea cuando escucha algún sonido fuerte. Boca pequeña, labios delgados y rosados, encías rosadas sin alteraciones, mucosas orales bien hidratadas cuenta con 2 dientes incisivos centrales y 1 incisivo lateral en maxilar superior y 2 incisivos centrales pequeños y limpios, en maxilar inferior. Lengua de tamaño y movimientos normales rosada sin alteraciones. El cuello del niño es corto, simétrico con buena coloración, 7ª vértebra cervical es más prominente, presencia de puisos carotídeos sincrónicos entre si y omocroto con el radial, traquea desplazable,

central sin presencia de masas, área de esternocleidomastoideo sin presencia de masas con movimientos sin limitación, con fuerza y tono muscular normal. Tórax redondo, con presencia de catéter subclavio derecho limpio, permeable y cubierto, buena coloración de tegumentos, bien hidratado. Cara posterior de tórax simétrico sin datos de desviación de columna vertebral, escapulas simétricas, sin presencia de masas, ni molestias y posiciones anormales, ni dolor. Movimientos torácicos simétricos con cada respiración a la ampliación y amplexación valorándose fremito de buena intensidad cuando llora el paciente, ruidos normales a la inspiración y espiración. Cara anterior de tórax con presencia de cicatrices a nivel de clavicular por catéteres anteriores. Pezones planos, visibles de tamaño de 1 cm. sin alteraciones. Movimientos respiratorios rítmicos y regulares, respiración diafragmática, buena coloración, sin datos de dolor, Utilizando el método de greca, presencia de sonido claro pulmonar en la parte anterior y posterior del tórax, sonido mate en el quinto espacio intercostal derecho que delimita el espacio hepático y sobre el segundo al quinto espacio intercostal de lado izquierdo que delimita el área cardíaca, ruidos cardíacos de buena intensidad y frecuencia. Abdomen globoso con buena coloración y lubricación, cicatriz posquirúrgica en línea media abdominal de 6 cm. aproximadamente, se observa sonda de gastostomía en cuadrante superior derecho limpio y cubierta sin datos de infección, cicatriz umbilical protuberante limpio sin alteraciones presencia de ruidos intestinales aumentados, duro y doloroso a la palpación presencia de sonido mate en cuadrante superior derecho, y resto del abdomen sonido tímpanico. En la región anal se observa enrojecimiento, erupciones cutáneas muy marcadas y la presencia de crema en esta zona, presenta evacuaciones semilíquidas amarillentas con moco muy frecuentes. Características urinarias normales; sin datos de dolor al miccionar, llora cuando se le realiza cambio de pañal debido a la rozadura que tiene. Neurológicamente con un Glasgow de 15/15: dentro de sus funciones motoras normales sin problemas con buen tono y fuerza muscular, coordina movimientos normales para su edad. En las funciones sensoriales se pudo observar que no presenta dificultad para percibir las sensaciones, auditivas, visuales y táctiles. Presenta caminata

con apoyo asume posición de pie sin ayuda, arroja objetos pequeños repetidamente y los recoge nuevamente le gusta mirar las revistas, señala con su dedo los objetos que quiere que miren, se muestra juguetón y sonriente, rehúsa al alimento en papillas, y a los medicamentos vía oral.

3.2. Valoración de Enfermería.

La valoración de enfermería es la fase inicial del proceso de cuidados que consiste en reunir toda la información obtenida y rescatar lo más importante para el cuidado del paciente.

En este estudio de caso, para llevar a cabo el proceso de identificación de variables, se obtuvo la información tomando en cuenta datos objetivos y subjetivos; los objetivos son aquellos que se observaron, midieron y analizaron en el paciente y los subjetivos son los que el familiar manifiesta.

Primordialmente para llevar a cabo la recolección de datos se utilizaron dos fuentes: La fuente primaria: fue del propio paciente, utilizando en la observación y exploración exhaustiva y focalizada como única fuente primaria ya que verbalmente el paciente por su edad no pudo colaborar. Las fuentes secundarias: principalmente fueron el Expediente clínico, la madre del paciente, a quien se le realizó la entrevista, el intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud, los libros y artículos referentes a este estudio de caso.

Como ya se mencionó, anteriormente la observación fue uno de los métodos que más se utilizó ya que para este caso fue primordialmente identificar el entorno que le rodea, sus actitudes, sus emociones, la comunicación de sus padres con él, básicamente ir identificando las fuentes de la dificultad. Por otra parte, se identificaron los aspectos del crecimiento y desarrollo así como las fuentes de la dificultad que han entorpecido la evolución favorable del niño.

La entrevista, también fue utilizada, aunque no directamente al paciente si a la madre, descubriendo con el formato las necesidades afectadas en el paciente y sus problemas principales.

Las variables a evaluar fueron las 14 necesidades fundamentales del paciente determinando el grado de dependencia de las necesidades detectadas utilizando el "continuum independencia-dependencia, además de

la relación con su duración, y según Phaneuf puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente”.

3.3. Instrumento para la valoración de las necesidades.

Para la realización del estudio de caso se utilizó básicamente el proceso de Atención de Enfermería, orientando con la propuesta de Virginia Henderson, el cuál fue llevado acabo en sus cinco etapas, la valoración al realizar la recopilación de los datos, la elaboración de los diagnósticos de enfermería al analizar los problemas de la paciente, la planificación de los objetivos y las intervenciones y como punto final la evaluación de los cuidados de enfermería.

Otro método utilizado para la valoración fue el método clínico que se empleó en la mayoría de las visitas al paciente, se llevaron 18 seguimientos observando las necesidades alteradas por aparatos y sistemas, realizaron distintas exploraciones físicas focalizadas, empleando sus cuatro fases inspección, percusión, palpación y auscultación permitiendo recopilar datos objetivos del paciente.

Para captar los datos de la valoración de enfermería fue necesario la utilización de algunos instrumentos para la recolección de datos, que fueron proporcionados por la coordinación.

Uno de ellos valora las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años (ver anexo B) y contiene los siguientes aspectos: en la primera sección se mencionan los datos demográficos, la segunda es sobre los antecedentes familiares y características de la vivienda, edad de cada uno de los familiares y las relaciones afectivas de cada uno de los miembros de la familia nuclear; La tercera sección es sobre la orientación que ha recibido el familiar sobre los aspectos de la hospitalización, la cuarta sección describe antecedentes individuales del paciente, y la quinta sección analiza las 14 necesidades básicas; posteriormente contiene una sección para anotar los datos encontrados en la exploración física. Analizando subsecuentemente la jerarquía de necesidades, la jerarquía de los diagnósticos de enfermería el plan de atención de enfermería y por último el plan de alta.

Otro instrumento fue la hoja de actividades diarias (ver anexo C) en la cuál se describe una valoración focalizada encontrada por día y dos diagnósticos de enfermería relacionados con la necesidad encontrada.

3.4. Diagnóstico de Enfermería.

Una vez analizados los datos objetivos y subjetivos del paciente, que nos indicaron su grado y posible duración de dependencia identificando así sus problemas reales, potenciales o posibles se pudieron establecer los diagnósticos de enfermería.

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizó la taxonomía diagnóstica de la NANDA, aplicando en cada diagnóstico una etiqueta que proporciona una naturaleza esencial a cada uno. Esto es; deberá estar relacionada con la valoración focalizada de las necesidades.

Para redactar los diagnósticos y diferenciarlos entre reales, de riesgo o potenciales se utilizaron dos formas de enunciarlos:

- Para los diagnósticos reales en los que se describe la respuesta actual del paciente y apoyados de datos objetivos se utilizo el formato PES que consta de tres partes.

PROBLEMA + ETIOLOGÍA + SIGNOS Y SINTOMAS.

- Para los diagnósticos potenciales en los que se describe las situaciones de salud que pueden desarrollarse en un futuro o que existen factores de riesgo que puedan influir en una recaída, se utilizo el formato en dos partes

PROBLEMA + ETIOLOGIA.

Los criterios para priorización de los diagnósticos de enfermería son los siguientes:

- La prioridad alta: se basa en la gravedad o en su importancia fisiológica (diagnósticos que amenazan la vida).
- La prioridad Intermedia se refiere a las necesidades que no amenazan la vida.
- La prioridad baja que son las necesidades que pueden afectar su futuro bienestar.

Se establecieron 13 diagnósticos de los cuales son: 9 reales, 2 potenciales y 2 de riesgo.

Diagnósticos de enfermería de Prioridad alta.

FECHA	DIAGNOSTICO	GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA
29 Sep. 03	Alteración en la nutrición por defecto relacionado con la incapacidad para digerir los alimentos y absorber los nutrientes manifestado por la disminución de peso corporal, presencia de evacuaciones líquidas y vómitos.	Nivel 5 y de una dependencia permanente y crónica. Interdependiente
01 Oct. 03	Diarrea relacionada con trastorno gastrointestinal manifestada por evacuaciones de consistencia líquidas, fétidas, amarillentas, con moco abundantes.	Nivel 6 y de una dependencia total y crónica.
02 Oct. 03	Déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida continua en evacuaciones líquidas manifestado por sequedad de la piel, aumento de la temperatura corporal, debilidad y disminución del llenado capilar.	Nivel 5 y de una dependencia transitoria que puede durar algunos días.
08 Oct. 03.	Hipertermia relacionado con el proceso infeccioso manifestado por el aumento de la temperatura corporal por encima de los límites normales presentándose entre 37 y 39.5 C, piel caliente al tacto, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, somnolencia, irritabilidad y escalofrío.	Nivel 4 y de una dependencia ligera que puede durar solo algunos días.
09 Oct.03	Infección sistémica relacionada con la disminución de defensas primarias manifestado por escalofríos, aumento de la temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria, somnolencia e irritabilidad.	Nivel 4 y de una dependencia moderada que puede durar algunas semanas.
10 Oct. 03.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con acumulo moderado de secreciones pulmonares manifestado por estertores finos, tos poco productiva y tiro intercostal discreto	Nivel 3 y que puede ser ligera y transitoria.

Diagnósticos de enfermería de Prioridad media.

FECHA	DIAGNÓSTICO	GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA
03 Oct. 03.	Deterioro de la integridad cutánea perianal relacionado con evacuaciones líquidas y frecuentes manifestado por enrojecimiento y erupciones cutáneas en glúteos y parte de los testículos.	Nivel 5 y en un grado de dependencia total y permanente.
10 Oct. 03.	Alteración en el patrón de sueño relacionado con proceso infeccioso manifestado por irritabilidad, ojeras, cansancio y malestar.	Nivel 2 de independencia transitoria y ligera.
13 Oct. 03.	Déficit de actividades recreativas relacionado con el entorno monótono de la hospitalización manifestado por irritabilidad, apatía y aburrimiento.	Nivel 3 de independencia transitoria y ligera.
17 Oct. 03	Cansancio en el desempeño del rol de la madre relacionado con poca distracción y descanso manifestado por dormir en la sala y apatía.	Nivel 2 de independencia transitoria y ligera.
30 Sep. 03	Deterioro de la movilidad física relacionado con el padecimiento crónico manifestado por disminución de la fuerza y masa muscular, debilidad para caminar irritabilidad y resistencia al movimiento.	Nivel 2 de independencia transitoria y ligera.

Diagnósticos de enfermería de Prioridad baja.

FECHA	DIAGNOSTICO	GRADO DE DEPENDENCIA
04 Oct. 03.	Sufrimiento espiritual (parental) relacionado con la inestabilidad de la salud del paciente manifestado por expresar verbalmente su preocupación por la enfermedad de su hijo la recuperación lenta, y sus constantes recaídas y manifestar que Dios los ha abandonado.	Nivel 4 de dependencia ligera y transitoria.
16 Oct. 03	Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias (múltiples procedimientos invasivos).	Riesgo.

3.5. Plan de intervención de enfermería.

El siguiente paso del proceso de atención es la planeación para la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en los diagnósticos (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

Así como la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente.

La actividad mayor en la planificación es el desarrollo del plan de asistencia de enfermería que aporta la base para la intervención. Deben estar involucrados el paciente pediátrico, la familia y la enfermera. El plan de acción de la enfermera debe estar estructurado para incluir todos los diagnósticos de enfermería identificados, reales o potenciales y debe basarse en los principios y un buen razonamiento.

A continuación se presenta el desarrollo de los diagnósticos de más relevancia para la integración de la independencia de la paciente en cada necesidad afectada.

Fecha: 01 Oct. 03

Necesidad: beber y comer.

Datos subjetivos: El paciente no muestra deseo de alimentarse ya que ha presentado náuseas y vómito.

Datos objetivos: El paciente presenta palidez de tegumentos mucosas orales semihidratadas, Cabello seco y delgado, Boca pequeña, labios delgados y rosados, encías rosadas sin alteraciones, mucosas orales bien hidratadas cuenta con 2 dientes incisivos centrales y 2 incisivo lateral en maxilar superior y 2 incisivos centrales pequeños y limpios, en maxilar inferior. Lengua de tamaño y movimientos normales rosada sin alteraciones. Con movimientos de masticación y deglución normales, Abdomen globoso, se observa sonda de en cuadrante superior derecho limpio y cubierta sin datos de infección permeable, ruidos intestinales aumentados, duro y doloroso a la palpación. Presenta deposiciones líquidas amarillentas con

mocos muy frecuentes y fétidos. Llora cuando se le realiza cambio de pañal debido a las lesiones que tiene.

Fuentes de la dificultad: fuerza y conocimiento.

Diagnóstico de enfermería: Alteración en la nutrición por defecto relacionado con la incapacidad para digerir los alimentos y absorber los nutrimentos manifestado por la disminución de peso corporal, presencia de evacuaciones líquidas y vómitos.

Objetivo: El paciente mejorara su estado nutricional mientras sean cubiertos sus requerimientos calóricos de 24 horas.

Prioridad: alta,

Nivel: Nivel 5 y de una dependencia permanente y crónica.

Rol de enfermería: de ayuda.

Intervenciones:

1. Valorar el estado nutricional del paciente através de la toma de medidas antropométricas todos los días y por la mañana: talla, peso, pliegues cutáneos y circunferencia de los miembros.

Estos parámetros reflejan el equilibrio calórico energético del paciente, su masa muscular, su grasa corporal y sus reservas proteicas.

Los parámetros del paciente fueron los siguientes:

- Peso: 9.050grs. (Percentil 3)
- Talla: 75 cm. (Percentil 3)
- Pliegue cutáneo 8mm.
- Perímetro cefálico: 48.6 cm.
- Perímetro braquial: 14.6 cm.

La evaluación nutricional constituye un paso inicial importante en la atención sanitaria y en los cuidados preventivos, ayuda a identificar las prácticas alimentarias, equivocaciones. Dado que la enfermera suele tener contacto continuo con los padres y el niño (Engel, 1994)

2. Asegurarse de que el paciente reciba una dieta equilibrada, para un funcionamiento metabólico adecuado, el cuerpo necesita los adecuados carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, electrolitos y oligoelementos.

La alimentación deberá ser suficiente, completa, equilibrada, adecuada, variada y bacteriológicamente pura. La alimentación durante la lactancia tiene tres etapas entre sí y que son: la alimentación con leche exclusivamente, la ablactación y dieta adulta modificada. (Ramírez, 1997). A los pacientes con síndrome de intestino corto se les proporciona dietas elementales para estimular la adaptación del intestino delgado.

- a) **Carbohidratos:** fuente preferida de energía para la actividad celular; se necesita para: transporte de sustratos, aseguramiento de las funciones celulares, secreción de hormonas específicas, contracción muscular, reserva de proteínas para otros usos.
- b) **Proteínas:** bases estructurales del cuerpo (huesos, sangre, músculos, pelo, uñas, tendones, piel).
- c) **Iniciación de las reacciones químicas,** transporte de proteínas, preservación de anticuerpos, mantenimiento de la presión osmótica, mantenimiento del sistema tampón (sangre), crecimiento y reparación del tejido, desintoxicación de sustancias dañinas.
- d) **Grasa:** mantiene las funciones corporales, proporciona una fuente de almacenamiento de energía necesaria para: fuente alternativa de energía (lipólisis), aislamiento del cuerpo, protección de los órganos internos y absorción de las vitaminas solubles en grasa.
- e) Entre los factores que influyen en la ingesta de nutrientes se incluyen los personales (apetito, capacidad de masticar y tragar, capacidad funcional, estado psicológico, cultural) y estructural (relaciones sociales, economía, capacidad para obtener alimentos, medios para cocinas y transportes,
- f) El organismo precisa un nivel mínimo de nutrientes para su salud y crecimiento. A lo largo de la vida, las necesidades nutricionales de los individuos varían.
- g) La incapacidad de satisfacer las necesidades metabólicas, da como resultado un perdido de peso, escasa salud en la capacidad del cuerpo para desarrollarse o regenerarse. Las necesidades metabólicas aumentan en presencia de traumatismos, sepsis infección. Y cáncer.

h) Comprobar el peso y la talla y medidas antropométricas. (Carpenito, 1995).

3. Proporcionar y asistir con la alimentación por vía oral.

Los alimentos principales que se le proporcionan al paciente son:

a) Dieta en Papillas de 838 Kcal en tres tiempos de cereales, frutas y verduras. (proteínas de 22 gr; lípidos 10 gr; Hco 165gr).

b) Dieta en picados finos: (proteínas 30 gr; Lípidos 30gr; HC 10gr).

- Cereales: Arroz cocido con 1 equivalente de grasa, galletas marías, Sopa de pasta con 1 equivalente de grasa, pan blanco o tostado, sopa de arroz sin verdura, galletas soda, bolillo, corn flakes solos, papa.
- Fruta: plátano, pera, manzana y guayaba.
- Verduras: media taza de zanahoria o calabazas.

c) Formula de pollo:

Aporte por cada 100 ml	Concentración				
	I	II	III	IV	V
Pechuga de pollo	3.5	4.5	5.0	6.0	8.0
Aceite	1.5	2.0	2.5	3.0	3.0
Azúcar	4.5	6.0	6.5	8.0	10.6
Gluconato de Ca	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
Fosfato de K	0.27	0.33	0.38	0.45	0.5
Sulfato de Mg	1.0	1.2	1.4	1.6	1.7
Cloruro de K	En pacientes sin rest. De K agregar 4 mEq/Kg				
Solución Fisiológica	Cálculo basado en 100 ml=15.4 mEq Na Cl.				
Total de Prot.	1.2	1.5	1.7	2.0	2.6
Total de H de C	4.55	6.060	6.58	8.09	10.72
Total de Lip.	1.72	2.29	2.82	3.39	3.51
Total de Kcal	38.4	50.8	58.4	70.8	84.87
Total de K	1.2	1.45	1.67	1.98	2.2
Total de Ca.	28.3	33.1	37.8	42.6	47.4
Total de PO4	25.6	31.0	36.0	42.0	47.1
Total de Mg	10.4	12.6	14.7	16.9	18.2
% Proteínas	12.5	11.8	11.6	11.2	12.2
% HdeC	47.3	47.7	45.0	45.1	50.5
% Lípidos	40.3	40.57	43.4	43.1	37.2
Pollo IV/Proteínas V 82.47 Kcal y 2 g. de Proteína					

Pollo V/Proteínas III 81.3 Kcal y 1.7 g de Proteína
KCl: ampolleta de 5 ml 4mEq/1ml
Ampolleta 110 ml 2 mEq/1ml

- d) Formula de maíz. Los ingredientes para preparar 500 ml. De papilla de maíz, harina Nixtamal izada 63 gr; leche entera el polvo 17 gr; azúcar 5 gr; aceite vegetal 5 ml y agua hervida tibia 500 ml.

4. Administración de alimentos por sonda gástrica:

Las proteínas se digieren en la parte proximal del intestino y se absorbe a través de toda la mucosa intestinal como dipéptidos, tripéptidos o aminoácidos aislados, cuando las soluciones de alimentación entera contienen proteínas completas el proceso de digestión y reabsorción proteica no difiere con respecto a los alimentos ordinarios. Un aspecto importante sobre la incorporación de las proteínas en las soluciones de alimentación enteral como pequeños péptidos o aminoácidos es si representa un beneficio, en especial con pacientes con alteraciones intestinales.

Los tipos de alimento que se le proporcionan al paciente por vía enteral (sonda gástrica indicada por nutrición) son:

- a) **Alfare.** 50 ml/Kg./día para 6 horas. (Agua 54 ml + polvo 9.0 gr). Pasar en infusión continua cada 3 horas por sonda gástrica. Se trata de una formula semielemental de baja osmolaridad, cuya administración está particularmente indicada para la alimentación de niños con problema de asimilación en los trastornos de tipo gastrointestinal. Las indicaciones del Alfare son principalmente para la realimentación precoz después de diarrea aguda severa, en las diarreas prolongadas, con malnutrición, en caso de alteraciones graves de la mucosa intestinal y en alteraciones de la digestión y de la absorción. (PLM 1995)
- b) **Vivonex.** 40 ml/Kg/día para 4 horas. Es una dieta enteral elemental, producto que contiene todos los elementos nutricionales requeridos (de mantenimiento) para una dieta enteral completa. Formulado para el manejo de pacientes nutricionalmente estables que tengan

problemas de absorción o digestión, o que quieran mantener el intestino en reposo. Puede usarse en niños como única fuente de alimentación. La cantidad diaria varía con la edad, el peso y el estado nutricional del paciente. Se aconseja empezar la administración de vivonex a pacientes pediátricos a una concentración del 12.5% y en casos delicados al 10 % para luego aumentar progresivamente la concentración. Si se presenta diarrea o malestar gastrointestinal, regrésese a una concentración menor. (Boehringer Ingelheim Promeco 2003).

- c) **Neocate:** 60 ml/Kg/día (95 ml para pasar cada 4 horas) Formula elemental que provee todos los nutrientes en su forma mas simple, es una dieta químicamente definida, compuesta de todos los nutrientes esenciales, vitaminas, minerales y oligoelementos. (SHS Internacional Ltd. 2003).

Cuidados de la alimentación por sonda gástrica:

- Tener listo todo el equipo necesario para conectar la alimentación a la sonda gástrica.
- Si esta refrigerado, calentar el alimento en agua caliente a temperatura ambiente (Controlar la temperatura).
- Colocar al niño en posición semifowler o decúbito lateral.
- Llevar acabo un lavado de manos mecánico antes de colocar la alimentación.
- Verificar que la sonda de gastrostomía se encuentre permeable: esto puede realizarse con una jeringa con agua, aspirando suavemente o introduciendo el líquido y se observa la resistencia que tiene al pasar el agua.
- El aliento debe fluir lentamente (a goteo lento dependiendo del sistema) para prevenir, distensión, vómito, estreñimiento o sangrados.
- Administrar cantidades pequeñas y frecuentes dependiendo de la indicación nutricional.
- Posteriormente al termino de la formula, se pasa una pequeña cantidad de agua por la sonda (para enjuagarlo y que no queden restos alimenticios).

- Registrar el tipo y cantidad de alimento aplicado y la respuesta del paciente a la alimentación.
- Tener cuidado con la contaminación o deterioro (un frasco no utilizado pero abierto no debe usarse después de las 24 horas; mantener en el frigorífico la parte no utilizada). (Franco 2001)

5. Administrar la Nutrición parenteral para 24 horas en bomba de infusión continua: La nutrición parenteral se trata de la inyección de los nutrientes necesarios –aminoácidos, grasas, oligoelementos, hidratos de carbono, vitaminas y electrolitos- a través de una vena central o periférica. (Martín. 1997). **NPT.** Total: 876 ml Para pasar en 24 horas 36.5ml/hr.

Solución glucosada 50%. 300 ml.

Levamine 10% 171 ml.

Cloruro de sodio 4.8 ml.

KCL. 2.5 ml.

KPO4. 7.8 ml.

Gluc. De calcio 8.4 ml.

Sulfato de magnesio 4.2 ml.

MVI 5 ml.

Tracefusin 4.4 ml.

Agua 368 ml.

La administración segura de esta forma de nutrición, exige una valoración apropiada de las necesidades nutricionales, cuidado meticuloso del catéter venoso central y vigilancia estrecha para prevenir o tratar las complicaciones metabólicas.

6. Checar glucosas en sangre (destrostix) por turno o cuando sea necesario.

Los valores normales en los pacientes lactante mayor es: 70-110 mg/dl.

Durante la terapia con nutrición parenteral es necesario el seguimiento clínico y de laboratorio. La necesidad de la nutrición parenteral continuada se reevalúa periódicamente. Una de las complicaciones más frecuentes de la nutrición parenteral es la hipoglucemia o hiperglucemia. (Potter, 2003).

Tomar pruebas sanguíneas, principalmente para evaluar: hemoglobina y hematocrito, cada tercer día o antes si es necesario.

Los valores normales en los pacientes lactantes mayores son: Hemoglobina de 9-11g/dl y de Hematocrito es de 30-35%.

Los niveles bajos de hemoglobina pueden indicar una anemia por déficit de hierro; un nivel elevado de hematocrito puede señalar un cuadro de deshidratación (Kozier, 1999).

7. Registrar los ingresos que se le han proporcionado al paciente a través de las diferentes vías de administración en cada turno. (Nutrición parenteral, enteral, vía oral, soluciones, medicamentos, etc.).

Los trastornos de malabsorción en el intestino corto determinan una asimilación insuficiente de los nutrientes ingeridos como resultado de una mala digestión o de una malabsorción. Es por esto de la vigilancia estricta de una buena nutrición. (Nelson 2001).

8. Pedirle a la madre su colaboración durante el ofrecimiento de alimentos por vía oral.

Es crucial la colaboración estrecha con los padres, desde el comienzo, respecto a la necesidad identificada, para poder establecer patrones de alimentación eficaces en el lactante y poder reforzar la relación padre-hijo. (Carpenito, 1995).

9. Asistir en la alimentación de paciente intentando que la comida resulte una experiencia agradable para el niño, invitar a la madre a que tenga paciencia para alimentar a su hijo y explicar lo importante de su participación para la estimulación por vía oral.

Cuando más agradable sea la comida para los ojos de la madre y el paladar del paciente se tendrá mejor aceptación de los alimentos, es importante la vigilancia para evitar distensión abdominal durante la alimentación así como el riesgo de bronco aspiración. (Carpenito, 1995).

10. Registrar diariamente los alimentos ingeridos por el paciente y la tolerancia además de identificar los gustos alimenticios del niño la cantidad y el tiempo en que las consume.

El registro es una información constante y segura de cómo el paciente acepta o rechaza los alimentos por vía oral y los logros que se pueden obtener en cuanto a su peso y estudios de laboratorios con cifras aceptables. (Carpenito, 1995).

Evaluación:

Debido al proceso de la enfermedad que el paciente presenta se puede mencionar que el paciente continúa en un grado de dependencia total, permanente y de nivel 5, ya que la duración de la dependencia del paciente ante esta necesidad tiene más de un año, el paciente continua con una desnutrición crónica ya que el peso y talla varían debido a la presencia de otras situaciones de su enfermedad (infecciones, oclusión intestinal, etc.) se encuentra aún en las percentilas 3, continua con alimentación especializada. El paciente come más de lo que ingería hace 2 meses (se termina una dieta en picados finos una vez al día), saborea los alimentos, pide un alimento de su agrado, el paciente continuara por el momento con alimentación parenteral y enteral. Continuara en vigilancia hasta que pueda recuperar el estado nutricional adecuado para su edad.

Fecha: 29 septiembre 2003.

Necesidad: Eliminación.

Datos subjetivos: La madre del niño manifiesta que debido al problema de malabsorción que presenta su hijo es la causa de la diarrea persistente del niño.

Datos objetivos: El paciente presenta Abdomen globoso se observa sonda de en cuadrante superior derecho limpio y cubierta sin datos de infección permeable, ruidos intestinales aumentados, duro y doloroso a la palpación. En región anal se observa enrojecimiento, erupciones cutáneas muy marcadas, presenta deposiciones líquidas amarillentas con mocos muy frecuentes y fétidos. Lloro cuando se le realiza cambio de pañal debido a las lesiones que tiene.

Fuentes de la dificultad: fuerza y conocimiento

Diagnóstico de enfermería: Diarrea relacionada con trastorno gastrointestinal (malabsorción) manifestada por evacuaciones de consistencia líquidas, fétidas, amarillentas, con moco abundantes.

Objetivo: el paciente se mantendrá en buen estado de hidratación mediante la reposición de líquidos parenterales hasta que las deposiciones sean menos frecuentes y de consistencia normal.

Prioridad: alta.

Nivel: 6 y de una dependencia total y crónica.

Rol de enfermería: de ayuda

Intervenciones:

1. Valorar los signos vitales 2 veces por turno:

Parámetros normales para la edad del paciente (1a 10/12).

- Temperatura corporal: 36.5° C - 37.7°C.
- Frecuencia Cardiaca: 110 ± 40 por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 - 30 por minuto.
- Presión arterial: 99/65 mmHg.

Las variaciones importantes de los signos vitales en los niños determinan alteraciones importantes en el organismo: Los factores ambientales y las infecciones relativamente leves pueden producir una temperatura elevada en los niños. (Engel J. 1994). Una de las complicaciones principales de los niños con síndrome de intestino corto comprenden a las asociadas a la nutrición parenteral: infecciones del catéter venoso central, trombosis, hepatotoxicidad y cálculos biliares de las cuales los pacientes inician con manifestaciones de hipertermias. (Nelson, 2001).

2. Valorar Somatometría todos los días.

Parámetros normales para la edad del paciente.

- Peso: 9.500 – 12.000 grs.
- Talla: 77 – 84 cm.
- Perímetro abdominal: 48 – 52 cm.

El peso es un parámetro muy sensible para evaluar el estado de salud de un niño. La pérdida de aguda y de peso, se observa en las enfermedades agudas especialmente cuando se acompaña de deshidratación. En la desnutrición el déficit de peso sirve para evaluar su gravedad. La talla se altera menos rápidamente que el peso, pero se recupera más lentamente, y cuando la causa del trastorno ha sido precoz, severa y prolongada no se recupera totalmente. (Miranda, 2002). Medir el perímetro abdominal ayuda a detectar ascitis, esto es, acumulación y efusión de líquido seroso en la cavidad abdominal. (Morgan, 1993). Otras complicaciones específicas de los pacientes con intestino corto como estenosis u obstrucciones parciales que ocasionan dilatación, estasis y sobreproliferación bacteriana; son de vital

importancia para su vigilancia y una de sus manifestaciones principales son la distensión abdominal. (Whyllie 2001).

3. Vigilar las características de cada una de las deposiciones tomando en cuenta: cantidad, frecuencia, color y olor.

4. Valorar la presencia de movimientos intestinales movimientos intestinales.

La malabsorción da como resultado un aumento en el tamaño del colon y estimula la motilidad intestinal.

El tránsito rápido de las heces a través del intestino grueso da como resultado una absorción menor de agua y una deposición no formada y líquida. (Carpenito, 1995).

5. Observar y explorar signos de deshidratación.

La diarrea continuada tiene como consecuencia la deshidratación y desequilibrio electrolítico. (Carpenito, 1995).

- a) El signo del pliegue puede dar información errónea en caso de pacientes muy desnutridos u obesos.
- b) El pulso radial débil o ausente y la presión arterial baja que se explora, indica un estado de choque.
- c) El signo de llenado capilar se explora presionando con un dedo la palma de la mano o la planta del pie durante 2 – 3 segundos, o bien por medio de presión suave del lecho ungueal (solo la necesaria para blanquearlo). Si se recupera el rubor normal en más de 5 segundos, es señal de hipoperfusión capilar e indica la presencia de choque hipovolemico.
- d) El aspecto y la cantidad de la orina, son útiles para valorar la evolución de los pacientes deshidratados, pero no para su evaluación inicial.

Signos	Bien hidratado	Deshidratado	Choque hipovolemico.
Sed.	Normal.	Aumentado; bebe con avidez. Inquieto o irritable.	No puede beber.
Estado general.	Alerta.		Inconsciente,
Ojos.	Normales: llora con lágrimas.	Hundidos, llora sin lágrimas.	hipotónico.
Boca y lengua.	Húmedas.	Secas, saliva espesa.	
Respiración.	Normal.	Rápida y profunda.	
Elasticidad de la piel.	Normal.	El pliegue se deshace con lentitud (≥2 seg.).	

Pulso. Llenado capilar fontanela	Normal. ≤2 seg. Normal.	Rápido. 3 - 5 seg. Hundida.	Débil o ausente. > 5 seg.
Plan de Tratamiento.	A	B	C (Mota 2000).

Con la presencia de 2 o más signos característicos de cada situación, el resultado, decidirá el plan de tratamiento a seguir. (Mota 2000).

6. llevar acabo el aseo del área perianal con agua tibia después de cada deposición, secar perfectamente y humectarla con la aplicación generosa de barreras protectoras de la piel.

La deposición diarreica puede producir excoriación del área anal porque generalmente es ácida y contiene enzimas digestivos. (Carpenito, 1995). Es importante mantener la piel del niño limpia de secreciones, microorganismos y desechos para evitar infecciones y mantener integra la piel. Así como proporcionar comodidad y relajación lubricando la piel con aceites y cremas mejorando la autoestima y auto imagen del paciente por medio de la mejoría en el aspecto y sensaciones. (Wieck, 1989).

7. Medir gasto fecal y urinario, llevando un código de evacuaciones y midiéndolo cada hora.

La diarrea es la principal manifestación de los pacientes con intestino corto y es el aumento en excreción fecal diaria y se asocia habitualmente a un mayor contenido de agua en las heces. En los lactantes y los niños con diarrea es el volumen superior a 10 g/Kg./día indica un gasto fecal alto. La diarrea obedece a una alteración en el transporte intestinal de agua y electrolitos. (Nelson 2001).

Gasto urinario: los niños orinan aproximadamente 800 cm³/m³ o 30 cm³/m²/día. (Gentile 2002). Un registro de la valoración y características fisicoquímicas de la orina nos ofrece una valiosa información acerca del estado anatomofuncional del riñón. (Galdo, 1995).

8. Administrar la reposición de líquidos y electrolitos, para corregir el déficit de líquidos perdidos por la diarrea del paciente:

- Aumentar la ingesta oral (Los requerimientos de agua por día según su peso es de: 800 ml por día) para mantener una densidad normal en la orina.

- Suministrar líquidos intravenosos (Sol Hartman desde un 50 - 100% para reposición de evacuaciones).
- Medir y registrar los volúmenes de líquidos administrados, la cantidad de orina eliminada y otras formas de egreso, como la diarrea, vómito o líquido de drenaje de 24 horas. (Wieck, 1989).

El tipo de reposición de líquidos depende de los electrolitos necesarios; en este caso que el paciente está habituándose a la vía oral es indispensable continuar con la vía parenteral y no confiar totalmente en la vía oral para su reposición. (Wieck, 1989).

Balance hídrico normal en lactantes

Ingresos	(ml/Kg/24horas)
Vía oral.	100 - 130
Agua	10 - 12
Total:	110 - 140
Egresos	
Pérdidas insensibles	45 - 55
Orina	50 - 80
Heces	5 - 10
Total:	110 - 140

9. Monitorear la glucosuria, cetonuria y sustancias reductoras en heces y orina.

El análisis de heces debe formar parte del estudio de los pacientes con síndrome de intestino corto. Las últimas heces evacuadas por el paciente, incluido su contenido líquido resultan útiles para establecer diagnóstico de malabsorción. (Nelson 2001). Conocer el pH en heces permite determinar el grado de absorción de grasas y de hidratos de carbono. (Morgan, 1993).

10. Lavado de manos antes y después de tocar al paciente.

La eliminación de microbios micro patógenos y macro patógenos de la piel por medios mecánicos protegen contra la extensión directa o indirecta de microorganismos de una persona a otra y previene la auto contaminación o alteración de la flora natural. (Wieck, 1989).

11. Utilizar técnicas estériles para realizar los diversos procedimientos invasivos.

Evitar los contagios entre pacientes, personal y visitantes es de gran importancia dentro del área hospitalaria y para los pacientes inmunocomprometidos. Los diversos procedimientos como las curaciones,

los cambios de soluciones, de la nutrición parenteral, los cuidados a catéteres, etc. Se deben realizar con técnicas estériles para el control de las infecciones nosocomiales. (Brunner 1991).

12. Administrar los medicamentos prescritos valorando la eficiencia y los efectos secundarios de los mismos (antidiarreicos, antiácidos, vitaminas, etc.).

La aplicación de los medicamentos por diferentes vías fomenta la salud y previenen las enfermedades, así como alivian los síntomas de enfermedad y auxilian el diagnóstico. En los pacientes pediátricos se debe tener el cuidado al conseguir los fármacos, calcular las dosis y medir y administrar verificando continuamente medicamento prescrito, dosis y paciente. Es responsabilidad de la enfermera profesional estar familiarizada con todo fármaco que administre. (Wieck, 1989). Algunos de los medicamentos que han utilizado con el paciente hasta el momento son:

- Trimetropim con sulfametoxazol. 42 mg IV cada 12 horas por 7 días.
- Vancomicina. 88 mg cada 6 horas por 5 días.
- Amoxicilina 116 mg VO cada 8 horas por 7 días.
- Metronidazol 58 mg VO cada 8 horas por 7 días.
- Domperidona 2.5 mg cada 8 horas.
- Ranitidina 28 mg IV cada 8 horas.
- Proparacetamol 170 mg IV cada 6 horas.
- Vit. K 5 mg. IM martes y jueves.
- Vit B12 100 mcg. IM cada 2 semanas.
- Polivisol 1 gotero VO cada 24 horas.
- Ácido fólico 1mg VO. cada 24 horas.
- Sucralfato 125 mg. VO cada 6 horas.
- Hierro 52 mg VO cada 24 horas.
- Citratos HCO₃. 7.9 ml VO cada 4 horas.
- Ferrisol 2 goteros VO cada 24 horas.

Evaluación. Por el problema de intestino corto que el paciente tiene se puede mencionar que se encuentra con un grado de dependencia total y permanente, se clasifica en un grado 6 ya que el paciente continua con

evacuaciones diarreicas, pero sí cambian en frecuencia, cantidad y consistencia, ya que al aceptar la vía oral las evacuaciones se volvieron más grumosas verdosas y menos fétidas, las reposiciones continúan por vía parenteral pero se considera un límite para llevarlas a cabo, también las lesiones perianales mejoran continuamente con la aplicación de cremas especiales, clasificándose en una dependencia transitoria, pero aún en un grado 6 aproximadamente considerada en un año o más, dependiendo de la evolución y desarrollo del paciente.

Fecha: 02 Oct. 03

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida continua en evacuaciones líquidas manifestado por sequedad de la piel, aumento de la temperatura corporal, debilidad y disminución del llenado capilar.

Objetivo: El paciente mantendrá un estado de hidratación adecuado mientras se realicen reposiciones de gasto fecal cada hora.

Datos subjetivos: El paciente se muestra irritable cuando se realiza la valoración, llora sin presencia de lágrimas, La madre del niño manifiesta que lo ve pálido y que no quiere jugar.

Datos objetivos: El paciente se encuentra conciente, alerta, irritable al tacto, llora sin lágrimas, con mucosas orales secas, elasticidad de la piel normal, llenado capilar de 2 segundos, con evacuaciones líquidas verdosas y fétidas, frecuencia respiratoria de 26 por min, frecuencia cardiaca de 120 por minuto, temperatura de 37.5°C y una Tensión arterial de 90/60 mmHg.

Prioridad: Alta,

Nivel: 5 y de una dependencia transitoria que puede durar algunos días.

Fuentes de la dificultad: De fuerza y conocimiento.

Rol de enfermería: De ayuda.

Intervenciones:

1. Valorar los signos vitales 2 veces por turno:

Parámetros normales para la edad del paciente (1a 10/12).

- Temperatura corporal: 36.5° C - 37.7°C.
- Frecuencia Cardiaca: 110 ± 40 por minuto.

- Frecuencia respiratoria: 20 - 30 por minuto.
- Presión arterial: 99/65 mmHg.

Una de las complicaciones principales de los niños con síndrome de intestino corto comprenden la deshidratación por diarrea y las variaciones de los signos vitales determinan alteraciones importantes en el organismo (Engel J. 1994).

2. Observar las características de las deposiciones tomando en cuenta:

La cantidad, frecuencia, color y olor.

Los dos peligros principales de la diarrea son la muerte y la desnutrición. La muerte por diarrea aguda es causada usualmente por la pérdida de una gran cantidad de agua y electrolitos. A esta pérdida se le llama deshidratación. La diarrea es más grave y tarda más en pacientes que padecen desnutrición. (Mota, Gutiérrez, 2000).

3. Evaluar el estado nutricional del paciente a través de la toma de medidas antropométricas todos los días por las mañanas.

El peso y la longitud corporales son las medidas somatométricas que mejor traducen la condición nutricional de los niños, ambas mediciones sirven de base para emitir un diagnóstico acerca del estado de nutrición. (Kozier, 1999).

4. Evaluar el estado de hidratación del paciente cada hora mientras continúe un gasto fecal elevado.

Cuando mayor es el número de evacuaciones diarreicas, mayor es la pérdida de agua y electrolitos que el paciente sufre. La deshidratación se produce con más rapidez en los pacientes menores de años.

Los signos de deshidratación son:

- Pérdida de peso. (Desde 5-10%).
- Signo de pliegue positivo
- Sed intensas.
- Mucosas secas.
- Orina concentrada u oliguria.
- Taquicardia.
- Alteraciones del estado de conciencia (irritabilidad, somnolencia, etc).
- Tiempo de llenado capilar (2-3 seg.)
- Fontanela hundida.
- Ojos hundidos.
- Hipotensión
- Hipotermia.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Hasta llegar a una deshidratación grave y presentar:

- Pérdida de peso mayor al 10%.
- Extremidades frías y cianóticas.
- Descenso de la presión arterial.
- Vasoconstricción periférica.
- Frecuencia cardíaca y respiratoria elevada.
- Frío y sudoración.
- Más todo lo anterior.

5. Llevar acabo las reposiciones através de la inyección intravenosa de soluciones según el gasto fecal que el paciente presenta cada hora.

Con el paciente se llevo acabo las reposiciones hasta de un 100% de solución hartman cuando las evacuaciones se encontraban arriba de 90 ml por hora. La solución Hartman son soluciones electrolíticas y sustitutos del plasma de los cuales están indicados principalmente en problemas de deshidratación y acidosis por vómitos, diarrea y estados de choque.

6. Vigilar la presencia de alteraciones de electrolitos que pueda presentar el paciente através de datos de laboratorio.

Los exámenes complementarios son:

- Concentración serica y urinaria de electrolitos (sodio, potasio, cloruro y bicarbonato).
- Hematocrito,
- Concentración sérica de creatinina.
- Concentración serica de nitrógeno ureico,
- Densidad urinaria y
- Determinaciones de gasometría arterial.

Las alteraciones de electrolitos pueden ser:

- Hipo o hipernatremia.
- Hipo o hiperpotasemia.
- Hipo o hipercalcemia.
- Hipo o hipermagnesemia.
- Desequilibrios isotónicos
- Desequilibrios osmolares
- Acidosis o Alcalosis respiratoria.
- Acidosis o alcalosis metabólica.

Evaluación. Por el problema de intestino corto que el paciente tiene se puede mencionar que el paciente por la persistencia diarreica se continuara con la vigilancia estrecha para evitar una deshidratación grave que pueda complicar su tratamiento, es por esto que en esta necesidad se puede mencionar que continua en un nivel 5 de dependencia y de una dependencia moderada que puede durar algunos días. El paciente se

encuentra con datos de buena hidratación (tranquilo, mucosas bien hidratadas, sin rechaza a la vía oral, signos vitales en parámetros aceptables, elasticidad de la piel normal, llenado capilar de 2 segundos y con ojos sin alteraciones). Se continúa con las reposiciones de gasto fecal para mantener estado de hidratación normal.

Fecha: 08 Oct. 03.

Necesidad: Mantener la temperatura.

Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con el proceso infeccioso manifestado por el aumento de la temperatura corporal por encima de los límites normales presentándose entre 37°C y 39.5°C, piel caliente al tacto, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, somnolencia, irritabilidad y escalofrío.

Objetivo: El niño disminuirá su hipertermia hasta los parámetros normales para su edad por medios físicos y químicos en no más de una hora.

Datos subjetivos: El paciente se muestra irritable, no desea que lo toquen y rehúsa a los medios físicos, su madre trata de arrullarlo para tranquilizar lo poder aplicar los medios físicos y químicos para disminuir la temperatura.

Datos objetivos: El paciente presenta una temperatura de hasta 39.5°C, se encuentra irritable al tacto, con presencia de rubor en mejillas, y piel caliente, presencia de escalofríos con piloerección, se encuentra somnoliento, con aumento de la frecuencia cardiaca de hasta 140 por minuto y una frecuencia respiratoria de 40 por minuto.

Prioridad: Alta.

Nivel: 4 y de una dependencia ligera que puede durar solo algunos días.

Fuentes de la dificultad: Fuerza y Conocimiento

Rol de enfermería: de ayuda.

Intervenciones:

1. Valorar la temperatura axilar del paciente por lo menos cada 30 min. hasta que descienda a sus parámetros normales, además de tomar los demás signos vitales dos veces por turno y llevando un registro y control de los mismos.

Parámetros normales para la edad del paciente (1a 10/12).

- Temperatura corporal: 36.5° C - 37.7°C.

- Frecuencia Cardíaca: 110 ± 40 por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 - 30 por minuto.
- Presión arterial: 99/65 mmHg.

La hipertermia consiste en una temperatura corporal elevada relacionada con la incapacidad del organismo para fomentar la pérdida de calor o reducir la producción de calor. Mientras se mueve de manera ascendente en el punto fijo, la hipertermia produce una sobrecarga de los mecanismos termorreguladores del organismo. Ocurre vasodilatación periférica. Puede ser consecuencia de anomalías del sistema nervioso central, por sustancias tóxicas que afectan los centros de regulación térmica, como en las infecciones bacterianas en las que se liberan toxinas o deberse a condiciones ambientales. (Potter, 2003).

2. Ayudar al paciente para aligerar su ropa y a mantener la ropa de la cama seca.

Esto fomenta a la pérdida de calor a través de la conducción y de la convección.

3. Insistir al paciente con la ingestión de líquidos orales.

Los requerimientos medios diarios de líquidos por edad y peso en este paciente son de 1150 a 1300 ml/24 horas. (Nelson, 1992).

Los líquidos perdidos a través de pérdidas de agua insensibles precisan la sustitución. El agua es el nutriente más importante, debido a que la función celular requiere en todos los casos un medio líquido. Los lactantes poseen un porcentaje más alto de agua respecto al peso corporal total. La necesidad de fluido se cubre mediante la ingestión de líquidos y alimentos sólidos, como fruta frescas y verduras. (Tamez, 2003).

4. Mantener la temperatura del ambiente lo más fresca posible durante la presencia de la fiebre, abriendo las ventilas, sin que entre por ellas aire frío, también se pueden apagar las luces en el día y que esta no de directamente al paciente.

El ambiente que nos rodea es un factor importante para establecer nuestra temperatura corporal, si este está elevado el cuerpo se regula y no se sobrecalentará, pero si el organismo esta afectado por alguna enfermedad el medio ambiente si es un factor perjudicial en este caso. (Carpenito, 1995).

5. Aplicación de Medios físicos para controlar la fiebre. En el caso del paciente para el control de la temperatura se llevaron los siguientes:

a. Baño de arteza con agua tibia.

El enfriamiento externo como el baño con agua tibia y esponja permite la evaporación. Además se ha comprobado que el baño es efectivo únicamente durante los primeros treinta minutos siguientes al procedimiento, no se aconseja el uso de alcohol porque los valores pueden ser peligrosos para el paciente. (Velasco, 2002).

- Explicar al niño y a sus familiares de la importancia del baño para la disminución de la temperatura y asegurar la colaboración de ambos.
- Verificar la temperatura del agua antes y durante el baño (la temperatura del agua debe ser de 21.1-27 grados centígrados ó 70-80 grados Fahrenheit).
- Tomar la temperatura, pulso y respiración antes de iniciar los baños con esponja. Sirven como base para comparación y determinar la eficacia del tratamiento.
- Iniciar con el baño exponiendo la zona corporal del paciente y mojándolo, continuar con el procedimiento durante 30 minutos o más tiempo hasta que la temperatura comienza a disminuir,
- En este procedimiento también nos puede apoyar su familiar para disminuir la tensión o irritabilidad del lactante.
- Una vez que la temperatura ha llegado a los parámetros normales se sacar al paciente del agua, se seca perfectamente y se coloca una bata limpia y seca.
- Continuar vigilando la temperatura después del baño cada 30 minutos por lo menos durante dos horas más y registrarla. (Velasco, 2002).

b. Colocar al paciente fomentos de agua tibia en la cabeza y el abdomen para disminuir la fiebre, cambiarlos continuamente (cada 10 a 15 minutos) o cuando estos se sientan calientes.

El procedimiento que se realiza por medio de agentes físicos que se aplican a una zona del cuerpo del paciente para producir un cambio local o sistémico de la temperatura tisular con objetivos terapéuticos.

La primera medida que se recomienda en el tratamiento de la hipertermia en los pacientes es la utilización de compresas o baño de arteza. Debe de emplearse agua tibia porque el agua fría puede producir una vasoconstricción a nivel central y provocar un paro cardiorrespiratorio. (Slota, 2000).

- Explicar al niño y a sus familiares de la importancia del baño para la disminución de la temperatura y asegurar la colaboración de ambos.
- Tomar la temperatura, pulso y respiración antes de iniciar los baños con esponja. Sirven como base para comparación y determinar la eficacia del tratamiento.
- Colocar ropa húmeda fría en cada axila e ingle y en la frente. Esto ayuda a reducir la temperatura corporal cambiar los paños a medida que se vayan calentando (Durante 30 minutos o más tiempo hasta que la temperatura comienza a disminuir).
- Cambiar el agua con la frecuencia necesaria para conservar la temperatura.
- En este procedimiento también nos puede apoyar su familiar para disminuir la tensión o irritabilidad del lactante.
- Una vez que la temperatura ha llegado a los parámetros normales, se seca perfectamente, se hace cambio de sábanas si es necesario y se coloca una bata limpia y seca.
- Continuar vigilando la temperatura después del baño cada 30 minutos por lo menos durante dos horas más y registrarla. Los valores después del baño indican si el tratamiento fue eficaz o no. (Velasco, 2002).

6. Si la fiebre continúa a pesar de los medios físicos por más de dos horas, se puede administrar algún medicamento (Antipiréticos) que ayude a que la temperatura disminuya: en este caso el paciente tiene indicado:

Paracetamol 170 mg IV cada 6 horas. Estos medicamentos restablecen la temperatura hipotalámica bloqueando sustancias como la prostaglandina y las interleucinas, lo cuál incrementa la termorregulación. El paracetamol tiene dos funciones principales tanto como analgésico y como antipirético por lo que en un paciente pediátrico es muy importante su supervisión ya

que una de las reacciones secundarias es la provocación de somnolencia, vómito y dolor epigástrico, entre otras, que en el paciente pudiera ser de gran relevancia y confusión. (PLM, 1998).

Evaluación. El paciente se encontraba en un Nivel 4 de dependencia con duración transitoria, mejorando favorablemente al estado de termorregulación eficaz sin presentar ninguna complicación ante esta necesidad superando el problema y recuperando por completo su independencia de la necesidad de termorregulación.

Fecha: 09 Oct. 03

Necesidad: Evitar los peligros.

Datos subjetivos: el paciente se encuentra irritable y somnoliento, con palidez de tegumentos, su familiar y el personal de enfermería se muestran preocupados ya que el niño no se encontraba así y hace dos días el paciente inicia con sintomatología de un proceso infeccioso.

Datos objetivos: El paciente presenta mucosas orales semihidratadas, Conciente, irritable cuando se realizan procedimientos, hipoactivo; con alteración en la integridad por la presencia de catéter portacath izquierdo cerrado, venoclisis permeable en miembro torácico derecho con soluciones parenterales, sonda en cuadrante superior derecho abdominal funcional permeable y con presencia de enrojecimiento y erupciones en área perianal. El paciente presenta fiebre con una temperatura de 39°C, escalofríos, frecuencia cardíaca de 120 por minuto y frecuencia respiratoria de 32 por minuto sin datos de dificultad respiratoria.

Diagnóstico de enfermería: Infección sistémica relacionada con la disminución de defensas primarias manifestado por escalofríos, aumento de la temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria, somnolencia e irritabilidad.

Objetivo: El niño mejorará su estado inmunológico por medio de los cuidados especializados encaminados a la prevención de complicaciones.

Prioridad: Alta.

Nivel: 4 y de una dependencia moderada que puede durar algunas semanas.

Fuentes de la dificultad: Fuerza y voluntad.

Rol de enfermería: de ayuda.

Intervenciones:

1. Valorar los signos vitales 2 veces por turno:

Parámetros normales para la edad del paciente (1a 10/12).

- Temperatura corporal: 36.5° C - 37.7°C.
- Frecuencia Cardíaca: 110 ± 40 por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 - 30 por minuto.
- Presión arterial: 99/65 mmHg.

Las variaciones importantes de los signos vitales en los niños determinan alteraciones importantes en el organismo: Los factores ambientales y las infecciones relativamente leves pueden producir una temperatura elevada en los niños. (Engel J. 1994). Una de las complicaciones principales de los niños con síndrome de intestino corto comprenden a las asociadas a la nutrición parenteral: infecciones del catéter venoso central, trombosis, hepatotoxicidad y cálculos biliares de las cuales los pacientes inician con manifestaciones de hipertermias. (Nelson, 2001).

2. Llevar acabo los cuidados necesarios de la piel del niño que son:

Ya que la piel es un órgano vital con muchas funciones, estas incluyen termorregulación, barrera en contra de toxinas e infecciones, excreción de agua y electrolitos, aislamiento del medio ambiente y es órgano capacitado para el tacto.

- El baño diario con agua y jabón que tiene múltiples propósitos, incluyendo la remoción de pérdidas cutáneas, propósitos estéticos y reducción de la flora microbiana, proporciona estimulación táctil, comunicación e interacción.
- La lubricación de la piel. (por medio de emolientes hipoalergénicos) como La hidratación de la piel es esencial para mantener la piel intacta y como una función de barrera normal, también son usados para prevenir la resequedad de la piel.
- La desinfección de la piel por medio de antisépticos. Principalmente el uso de antisépticos se utiliza antes de realizar procedimientos invasivos, esto significa que no es recomendable la utilización excesiva de estos productos en la piel del niño ya que puede provocar quemaduras o la formación de ampulas e irritación.

- Aplicación y remoción de adhesivos. Los adhesivos son aplicados y removidos diariamente en los servicios hospitalarios para asegurar tubos, sondas, catéteres, electrodos, etc. Durante la remoción constante de estos adhesivos se puede ocasionar lesiones en la piel, por esto se deben retirar con mucho cuidado y utilizar barreras protectoras para la piel (caraya).

La piel de los niños es particularmente susceptible a sufrir laceraciones y a experimentar esta interrupción de la barrera natural y sufrir sus consecuencias. Preservar la integridad de la piel es un importante aspecto de los cuidados de enfermería por los que atraviesa la vida de niño. (Lund C. 1999).

3. identificar, localizar y erradicar el foco infeccioso, en este caso fueron más comunes las bacterias (staphylococcus en catéter y clostridium difficile) que se trato con el siguiente esquema de antibióticos:

La administración temprana, precisa y completa de antibióticos, permitirá que la paciente se recupere satisfactoriamente y sin riesgo de caer en una septicemia (Slota, 2000).

- Trimetropim con sulfametoxazol. 42 mg IV cada 12 horas por 7 días. Antibiótico, derivado sulfamídico. Esta indicado en los tratamientos por microorganismos enteropatógenos susceptibles, especialmente salmonella y shigella. Infecciones agudas y crónicas de vías respiratorias inferiores y urinarias generadas por organismos susceptibles.
- Vancomicina. 88 mg cada 6 horas por 5 días. Antimicrobiano glucopéptido activo contra la pared celular de microorganismos grampositivos. Es útil para el tratamiento parenteral de cocos grampositivos resistentes. Como SARM, staphylococcus coagulasa-negativos resistentes a la metilcilina y enterococos resistentes a la ampicilina.
- Amoxicilina 116 mg VO cada 8 horas por 7 días. Antimicrobiano con propiedades bactericidas semejantes a la de la ampicilina y está tiene una acción bactericida con la mayoría de los Staphylococcus y

Streptococcus y esta indicado en todos los casos causadas por microorganismos gramnegativos susceptibles.

- Metronidazol 58 mg VO cada 8 horas por 7 días. Antiprotozoario. Tiene propiedades tricomonocidas y amebicidas directas. Es el fármaco de elección para las infecciones por *C. difficile*. (William, 1999).

4. Vigilar y registrar que se proporcione los aportes nutricionales enterica y por nutrición parenteral indicados por el servicio de nutrición.

La nutrición entérica y por vía intravenosa cuando existe una infección tiene efectos precisos en la recuperación del paciente, la enterica no solo da defensas energéticas y de lucha contra los agentes bacterianos patógenos, también estimula el recambio celular en la mucosa, estimulando hormonas que tienen efecto trófico en la mucosa intestinal, e induce a las funciones inmunitarias del sistema gastrointestinal. (Slota 2000).

5. Vigilar y registrar la aplicación continua de los líquidos parenterales como son:

La mejoría con la restauración hídrica se observara en la buena perfusión, la cuál se manifiesta por mejoría en el estado de somnolencia e irritabilidad, disminución de la taquicardia, recambio capilar de menos de 2 segundos pulsos intensos y conservación de la presión arterial normal. (Slota, 2000).

- Las soluciones de base.
- Las reposiciones continuas por las pérdidas diarreicas con sol. Hartman al 100%. La solución hartman es una solución cristaloides, que ayuda a reponer volumen. Dado que el agua libre se ira en las pérdidas insensibles y la que no, será compensada por el riñón. (Slota, 2000).

6. Llevar acabo las medidas de asepsia y antisepsia al llevar acabo las acciones ya descritas para el paciente.

- Llevando acabo el lavado de manos antes y después de tocar al paciente y cuando sea necesario realizarse un lavado de manos quirúrgico. Esto evita que se transmita los microorganismos patógenos del niño y que el personal que lo rodea también le pueda

transmitir otros microorganismos que descompensen al paciente y empeore su recuperación. (Slota, 2000).

- Utilizar bata, cubre bocas, mantenerse el pelo bien recogido y utilizar guantes para cualquier procedimiento que se realice. Las infecciones nosocomiales se producen en gran porcentaje de los pacientes hospitalizados. La detección y protección precoz posibilita la rápida actuación para prevenir las complicaciones graves y una estancia prolongada en el hospital (Carpenito, 1995).

Evaluación: el paciente mejoro favorablemente y recupero en gran medida su independencia en varias actividades que el realiza ahora, se le encontró en un nivel 4 y con una dependencia transitoria, se identificaron junto a la madre aquellos riesgos que contribuyeron a la infección, se implantaron medidas para evitar estos riesgos, en cuanto el paciente se recupero inicio la vía oral, pero continuando con la nutrición enteral y parenteral, y su higiene corporal y ambiental en este caso se considero como estricta, escalando hasta un nivel 3 de independencia, ligera con duración de algunos días.

Fecha: 10 Oct. 03.

Necesidad: Respirar

Datos subjetivos: el paciente se encuentra irritable e inquieto con buena coloración de tegumentos, su mamá menciona que no sabe “sacar las flemas” y que se las pasa. Aunque ella le enseña a escupir el niño no lo hace. La mamá se preocupa por que piensa que puede complicarse.

Datos objetivos: Conciente, mejillas rosadas, labios rosados e hidratados, bien conformado, irritable, activo. Fosas nasales con presencia de secreción verdosa y espesa, lengua de tamaño y movimientos normales rosada sin alteraciones. Tórax con buena coloración de tegumentos, movimientos respiratorios rítmicos y regulares ampliación y amplexación normales valorándose fremito de buena intensidad cuando llora el paciente, con estertores finos, tos poco productiva y tiro intercostales discretos, en la parte anterior y posterior del tórax.

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con acumulo de secreciones pulmonares manifestado por estertores finos, tos poco productiva y tiro intercostal discreto

Objetivo: El paciente mantendrá las vías aéreas permeables mediante las acciones especializadas.

Prioridad: Alta.

Nivel: 3 de independencia y que puede ser ligera y transitoria.

Fuentes de la dificultad: De fuerza y de conocimiento.

Rol de enfermería: De ayuda y acompañamiento.

Intervenciones:

1. llevar acabo la exploración respiratoria del niño:

Si las condiciones del paciente lo permite se procede a un exploración detallada pero si existen problemas de insuficiencia se actúa de manera distinta lo más importante es no perder tiempo.

- Coloración y condiciones de la piel. La cianosis se deriva de hipoxia prolongada. Su presencia ayuda a estimar la gravedad del padecimiento. Debe valorarse la presencia de cianosis, además de signos de deshidratación, diaforesis.
- Exploración de nariz, boca y traquea. En busca de aleteo nasal, permeabilidad nasal, si hay secreciones cantidad, color, consistencia y olor. En la boca, coloración de los labios, en orófaringe en busca de color inflamación o ulceraciones. La traquea en busca de la deglución presencia de dolor o masas que puedan obstruir la respiración.
- Inspección del tórax. Coloración de la piel, presencia de diaforesis, tipo de respiración, el esfuerzo respiratorio y su simetría (observando la frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones).
- Palpación del tórax. Buscando la simetría en la ampliación y amplexación, y del frémito vocal.
- Percusión del tórax. Principalmente para entender la densidad y localización de estructuras anatómicas tales como pulmones y diafragma.
- Auscultación del tórax. Para valorar el flujo aéreo e identificar los ruidos respiratorios que ayuda a detectar flujo o moco anormal o vías aéreas obstruidas, y escuchar el murmullo vesicular. (KluseK H. 1988)

2. Ya que el paciente se encuentra acostado apoyarlo para girarlo y cambiarlo de posición frecuentemente para favorecer el drenaje postural.

Los cambios de posición frecuentes evitan que se queden atrapadas las secreciones y estas puedan ser eliminadas con mayor facilidad; además ayudan a la menor a mantener una adecuada respiración y que disminuya el esfuerzo respiratorio, ya que se facilita la máxima insuflación pulmonar. (Kozier, 1999).

3. Aplicar terapia respiratoria cada 6 horas por medio de los siguientes procedimientos:

La respiración tiene como finalidad el aporte de O₂ necesario para el metabolismo celular, y la eliminación del CO₂ resultante de este metabolismo. Cuando existen problemas como las infecciones principalmente esta puede ser afectada de manera importante si no se lleva a cabo un tratamiento inmediato. (Mercado, 2003).

Proporcionar terapia humectante (por medio de micronebulizaciones con ambroxol 0.5 ml aforados a 3 ml de agua bidestilada). Las nebulizaciones suspendidas en la mezcla de gases administrada tiene por objeto mejorar localmente la hidratación y fluidificación de las secreciones y el acarreo de medicamentos como mucolíticos, broncodilatadores y vasoconstrictores a las vías aéreas. (Arellano, 1985). La administración de broncodilatadores y expectorantes de secreciones pulmonares facilitan en los niños la expulsión de estas secreciones, volviéndolas hialinas y de fácil expectoración, aumentando la ventilación y el flujo de aire inspirado. (BulecheK, 1992).

Aplicación de fisioterapia del tórax con ejercicios de percusión y vibración torácica. Acompañan a los cambios de posición para drenaje postural, hacen más eficaz la movilización de secreciones. Se deben proporcionar al niño antes de la aspiración de secreciones por lo menos de 30min a 1 hora. (Arellano, 1985).

4. Llevar a cabo la aspiración de secreciones nasofaríngeas con una perilla de caucho con un aspirador especial cada vez que el paciente lo requiera.

La aspiración de secreciones ayuda al paciente a estimular la tos y así expectorar las secreciones, evitando que estas obstruyan la entrada y salida de oxígeno al sistema pulmonar. (Kozier, 1999).

5. Auscultar antes y después de la aspiración de secreciones los ruidos respiratorios y registrar las áreas de disminución o ausencia de ventilación, presencia de estertores, valorando la expansión pulmonar bilateral, cambios en las respiraciones, la frecuencia, profundidad y esfuerzos respiratorios.

Al comparar los ruidos pulmonares después del tratamiento respiratorio se pueden evaluar los resultados de este; además si se detectan todavía estertores son signos de secreciones atrapadas. (Arellano, 1985).

6. Vigilar que el paciente continúe con su alimentación indicada y con el consumo de líquidos vía oral.

Una buena alimentación e hidratación mantendrá a la paciente fuera de una posible infección nosocomial y la buena ingesta de agua permite una mejor fluidez de secreciones bronquiales. (Carpenito, 1995).

Evaluación: El paciente mejoró favorablemente por el tratamiento oportuno que se aplicó, se evitaron las complicaciones respiratorias que pudieran desarrollarse, el grado de dependencia en el que se encontraba era en un nivel 2 evolucionando hasta lograr su independencia en algunos días más.

Fecha: 03 Oct. 03.

Necesidad: Estar limpio y aseado, y de proteger los tegumentos.

Datos subjetivos: El niño se muestra irritable, presencia de pañal la cuál se encuentra sucio, llora cuando le cambian el pañal, su madre manifiesta "que no desea que le realicen aseo en el área genital".

Datos objetivos: El niño se encuentra conciente, hidratado, En región anal se observa enrojecimiento, erupciones cutáneas muy marcadas y la presencia de crema en esta zona, presenta evacuaciones líquidas amarillentas con moco muy frecuentes.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea perianal relacionado con evacuaciones líquidas y frecuentes manifestado por enrojecimiento y erupciones cutáneas en glúteos y parte de los testículos.

Objetivo: El paciente recuperará la integridad cutánea del área perianal, durante por lo menos en una semana por medio de medidas específicas que se diseñaran para este problema.

Prioridad: Alta.

Nivel: 5.

Grado de dependencia: total y permanente.

Fuentes de la dificultad: Fuerza y voluntad.

Rol de enfermería: Ayuda y acompañamiento.

Intervenciones:

1. Valorar las características fecales después de cada cambio de pañal. Su color, olor, consistencia, frecuencia, cantidad y constituyentes.

La observación de las características fecales proporciona información sobre la naturaleza de las alteraciones de la eliminación (Potter, 2002).

2. Valorar las características de la piel lesionada por medio de la inspección (coloración, extensión de la lesión) y de la palpación (temperatura, presencia de dolor).

Las secreciones que se acumulan en la superficie de la piel que rodea los genitales actúa como reservorio para la infección (Potter, 2002). La piel lesionada es fácil presa de los agentes patógenos existentes en el medio. (Kozier, 1999).

3. Después de cada evacuación llevar acabo el aseo del área perianal de la siguiente manera:

La piel debe limpiarse a intervalos regulares y cada vez que este sucia para evitar infecciones.

- Explicar al niño y a su familiar del procedimiento y su propósito.
- Preparar el material y suministros necesarios: Palangana, agua tibia, 2 a 3 toallitas de baño o papel higiénico lo más suave posible y sin perfumes, sábanas, guantes, pañales y si es necesario cremas o pomadas protectoras de la piel o jabón con un pH igual ala piel.
- Bajar las barandillas y ayudar al niño a colocarlo en posición decúbito lateral proporcionando fácil acceso a los genitales.
- Ponerse los guantes desechables, para eliminar y evitar la transmisión de microorganismos.
- Si hay materia fecal en la piel, rodearla con un pañuelo de papel y retirarla.
- Limpiar las nalgas y el ano, lavar con agua tibia de delante hacia atrás. La temperatura del agua adecuada previene las quemaduras del perineo.

- Levantar suavemente el pene pasando una toallita por debajo lavar en primer lugar la punta del pene y el meato, emplear un movimiento circular, limpiar el meato hacia fuera.
- Limpiar, aclarar y secar la zona cuidadosamente. La limpieza elimina la transmisión de microorganismos del área genital
- Cambiar los guantes cuando estén sucios.
- Retirar el material sucio y desecharlo inmediatamente.
- Si es necesario o se encuentra sucia la sabana retirarla y cambiarla por una limpia.
- Poner la crema protectora en el área donde se encuentra la lesión.
- Si es necesario dejar por lo menos unos 10 minutos descubierta el área genital.
- Colocar el pañal y dejar al paciente cómodo.

La irritación perianal causada por frecuentes deposiciones líquidas es una de las primeras manifestaciones molestas para los pacientes con diarrea continua, por lo que se debe de evitar, protegiendo la piel del paciente en cada evacuación tarde demasiado tiempo con el pañal sucio. (Carpenito, 1995).

4. Vigilar la ingestión de una dieta rica en proteínas, calorías y vitaminas proporcionadas por vía enteral y parenteral principalmente para favorecer el proceso de cicatrización.

Durante un periodo diarreico, el cuerpo debe construir y reparar el tejido dañado y protegerse a si mismo de la infección. Este proceso requiere un aumento en la ingesta de proteínas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales (Carpenito, 1995)

5. Prevenir el traumatismo cutáneo por medio de un buen tendido de cama, al proporcionar al paciente una base uniforme, firme y sin arrugas.

Prevenir el traumatismo cutáneo ayuda al paciente a que los casos sanguíneos y los tejidos de la zona sacra no se deformen y se tornen isquémicos o necroticos. (Kozier, 1999).

6. Explicar a la madre él porque de las lesiones en región perianal, la piel roja y con escoriaciones en el niño, es preciso que la madre los conozca para que participe en el tratamiento.

La diarrea contiene sustancias ácidas, con un pH menor que el de la piel que ocasiona un daño severo. El entender la razón de estos efectos puede promover el cumplimiento de las medidas protectoras y preventivas. (Carpenito, 1995).

7. Enseñar a la madre las precauciones para proteger la integridad cutánea estas medidas pueden ayudar a mantener la integridad cutánea:

- Mantener en todo momento la piel limpia, seca y bien hidratada mediante una higiene corporal adecuada con agua tibia, jabón de pH igual al de la piel (ejem: oleoderm), minucioso secado por contacto y sin frotar. Para reducir la irritación deben evitarse los jabones perfumados y el agua caliente. (Carpenito, 1995).
- Evitar los jabones irritantes de la piel como los perfumados, los ungüentos, las cremas, los cosméticos y los desodorantes, en la piel tratada a menos que sean aprobados y no dañen más la piel. Las sustancias irritantes pueden aumentar la vulnerabilidad de la piel al daño. (Carpenito, 1995).
- Evitar el uso de pañales desechables, si es posible usar de algodón. la ropa suelta de algodón puede reducir al mínimo la irritación y la lesión en la superficie epitelial. (Luis, 1997).
- Aplicar una crema hidratante no perfumada como Desitin, Captyl o hipogeos plus, no aplicarla en los pliegues cutáneos o sobre la piel húmeda, dando un suave masaje hasta su completa absorción. / Los hidratantes solubles en aguas pueden prevenir y tratar la piel seca e irritable por loa ácidos de las heces. (Carpenito, 1995).
- Si es necesario dejar por lo menos unos 10 minutos descubierta el área genital esto puede ayudar a reducir la estimulación sensorial irritante (ejem: el prurito) y previene la descamación húmeda. (Carpenito, 1995).
- Si se presenta una descamación húmeda, duchar el área o irrigarla cada 4 horas y usar un apósito húmedo para la cicatrización por 15 minutos. La ducha o irrigación y el humedecer los apósitos puede ayudar a debridar el área y ayudar a la cicatrización. (Carpenito, 1995).

8. Estimular en todo momento a que la madre participe en el plan de cuidados, que mantenga limpia la zona rectal y perineal y a que aplique la crema protectora después de cada evacuación.

Permitir y estimular a la madre a que participe en el plan de cuidados del paciente, proporcionan mejoría más rápido al niño, y se amplía la información a la madre. (Luis, 1997).

9. Instruir a la madre para que informe rápidamente de cualquier cambio cutáneo que presente su hijo como:

- Piel caliente del área perianal a la palpación, inflamación, sangrados por abrasión o salida de exudados (líquido purulento).

La detección precoz de la descamación húmeda con desprendimiento del epitelio superficial posibilita la rápida actuación para prevenir un daño cutáneo grave y la fibrosis posterior. (Carpenito, 1995).

Evaluación: Al ser valorada por primera vez el paciente se encontraba en un grado de dependencia total y permanente, y un nivel 5, por la frecuencia de las heces diarreicas la recuperación no fue completamente satisfactoria ya que el paciente no recupero totalmente la integridad del área perianal pero si disminuyo la lesión y no se tuvo procesos infecciosos la irritación perianal fue leve presentando datos de cicatrización de la piel, quedando en un grado de 3 de dependencia aunque en un grado de dependencia permanente por la presencia de una diarrea crónica. También la madre del niño demostró la forma correcta de llevar acabo el aseo perianal y de proteger la piel de su hijo, en un tiempo no mayor de una semana. Durante la hospitalización del paciente, fue una gran ayuda la colaboración de la madre, la cual se mostró con mucha atención y estuvo al pendiente de la lesión cutánea por la que cursa el niño, en ocasiones era complicado seguir el tratamiento planeado por la frecuencia de las heces.

Fecha: 10 Oct. 03.

Necesidad: Dormir y Descansar.

Datos subjetivos: El niño se encuentra irritable, solo quiere estar en brazos de su madre, su madre menciona "debido a que tuvo fiebre durante la noche se le aplicaron medios físicos y no pudo dormir el niño, se encontraba

llorando” no desea que lo toquen se molesta, se muestra sin ganas de jugar, ni alimentarse.

Datos objetivos: Paciente conciente, se muestra somnoliento, palidez de tegumentos, hipoactivo, con presencia de ojeras, Con signos vitales aceptables para su edad, rehúsa al baño, al cambio de ropa y pañal. Bien hidratado. Sin datos de dificultad respiratoria, se observa sonda de gastostomía en cuadrante superior derecho del abdomen limpio y cubierto sin datos de infección, En la región anal se observa enrojecimiento, erupciones cutáneas muy marcadas y la presencia de crema en esta zona, se observa molestia al cambio de pañal, presenta evacuaciones semilíquidas amarillentas con moco muy frecuentes.

Diagnóstico de enfermería: Alteración en el patrón de sueño relacionado con proceso infeccioso manifestado por irritabilidad, ojeras, cansancio y malestar.

Objetivo: El niño mantendrá un patrón de sueño mediante medidas específicas que se que se diseñaran para este problema.

Prioridad: media.

Nivel: 2

Grado de dependencia: transitoria y ligera.

Fuentes de la dificultad: Fuerza y Voluntad

Rol de enfermería: Acompañamiento.

Intervenciones:

1. Programar los procedimientos de rutina como son el baño, curaciones de catéter, toma de signos vitales, etc. que se le realizan al niño para reducir las horas en las que se encuentre despierto, y planificar al menos dos horas de sueño durante el turno.

El sueño cumple una función reguladora y reparadora en el organismo. Es esencial para el control de la energía y la temperatura corporal. El sueño reabastece y restaura los procesos corporales que se han dañado durante el día. El reconocimiento de las emociones, las preocupaciones, la ansiedad, el estrés y el miedo que actúan directamente sobre la duración y la calidad del sueño en el niño hospitalizado y que son causa de dificultades para conciliar

el sueño, de que el paciente se despierte con frecuencia durante la noche o demasiado pronto, como sucede en la depresión. (Phaneuf, 1999).

2. Preguntar a la madre si el niño acostumbraba a dormir en su hogar con algún objeto (juguetes o prendas), si escucha algún tipo de música, si le cuentan algún cuento antes de dormir, o si acostumbra a dormir en brazos y después lo lleva a su cuna, dependiendo de la respuesta se le pide a los familiares que traigan o realicen estas actividades para que el paciente se sienta más seguro y pueda conciliar el sueño.

3. Preguntar a la madre cuáles son los horarios en los que el niño toma sus siestas y por cuánto tiempo lo hace, para poder así programar estas mismas.

Durante la hospitalización del niño es importante observar y preguntar la duración del sueño, su calidad y las principales dificultades que se manifiestan (si el niño tarda demasiado tiempo en conciliar es sueño, se despierta varias veces a lo largo de la noche o demasiado pronto, padece agitación o pesadillas, etc.) también hay que observar la transpiración, la incomodidad causadas por el dolor, el prurito, la ansiedad y la tendencia al insomnio. Algunos medicamentos y ciertas drogas tienen efectos importantes sobre el sueño (antidepresivos, estimulantes, narcóticos, tranquilizantes, etc.). (Phaneuf, 1999).

El sueño del lactante consta de 5 estados distintos. El ciclo de estos estados es muy variable y depende del número de horas que el niño duerma al día.

Estado/conducta	Duración	Implicaciones para los padres.
Sueño regular: Ojos cerrados. Respiración regular. No hay movimientos, excepto alguna sacudida súbita.	4-5 horas al día, ciclos de sueño de 10-20 minutos	- Los estímulos externos no despiertan al lactante - Se puede continuar con los sonidos normales de la casa. En este caso del hospital. - Se puede dejar al niño solo; si hay un ruido brusco fuerte, se despertará y llorará.
Sueño irregular: Ojos cerrados. Respiración irregular Pequeños movimientos musculares	12-15 horas/día, ciclos de sueño de 20-45 min.	-Los estímulos externos que no despertaban al lactante durante el sueño regular pueden hacerlo ahora, aunque sean mínimos. -Los gemidos o llantos periódicos son normales; no se deben interpretar como una señal de dolor o de incomodidad.
Somnolencia Los ojos pueden estar abiertos. Respiración irregular Movimiento corporal activo.	variable	-La mayoría de los estímulos despiertan al lactante -Coger en brazos al lactante durante este tiempo en vez de dejarle en la cuna.

Vigilia sin actividad. Responde al entorno con movimientos corporales activos y mirando fijamente a los objetos cercanos.	2-3 horas/día	-Satisfacer las necesidades del lactante, como el hambre. -Colocarle en un área de la casa en donde haya actividad continua. -Colocar los juguetes en la cuna o en el parque -Situvar los objetos a 17.5-20 cm. de la visión del lactante.
Despertarse y llorar puede empezar con quejidos y pequeños movimientos corporales progresa hacia un llanto fuerte, enfadado y con movimientos no coordinados de las extremidades	1-4 horas/día	-Eliminar los estímulos intensos o externos -Los estímulos que eran efectivos durante la vigilia sin actividad resulta, por lo general, ineficaz. -Abrazarle y mecerle para que disminuya el llanto. (Whaley y Wong, 1990).

4. Antes de dormir ayudarlo a relajarse, jugando con el (dependiendo de los juguetes favoritos), calmando su dolor si lo tiene (aplicando fomentos o algún analgésico dependiendo del tipo y lugar donde se localice el dolor), platicando o realizando alguna actividad que hacia en su hogar antes de dormir.

5. Mantener su cama limpia, bien tendida, protegida con cojines o sabanas alrededor de la cuna y libre de malos olores.

6. Evitar ruidos innecesarios, si el caso lo permite que sus padres estén cerca del paciente.

7. Proporcionar al paciente una posición cómoda, mantenerlo cubierto si se requiere, Vigilar que los catéteres y sondas estén en una posición adecuada, disminuir el volumen de monitores, evitar estimulación innecesaria, se puede proporcionar masaje al paciente para fomentar la relajación emocional y muscular.

Evaluación: el niño mejoro y recuperó en gran medida su independencia en esta necesidad durante el tiempo de hospitalización, se respetaron los momentos en que tomaba sus siestas y junto con su madre se realizaron actividades para favorecer el sueño, ahora se le encontró en un nivel 2 y con una dependencia transitoria. El niño se mostró más activo, sonriente y tranquilo.

Fecha: 13 Oct. 03.

Necesidad: Distraerse.

Datos subjetivos: El niño se muestra irritable, cuando se le proporciona un juguete lo rechaza, su madre menciona "que ya no le gustan los juguetes

que le han regalado y además de que se muestra aburrido porque no quiere jugar con ella y no quiere que lo levanten de la cuna", llora cuando se le habla y muestra agresividad cuando se le quiere tocar.

Datos objetivos: Paciente que se encuentra hipoactivo, apático con palidez de tegumentos, signos vitales en parámetros aceptables para su edad, sin datos de dificultad respiratoria, rehúsa a la alimentación, se encuentra en posición semifowler, cuando se le habla voltea la mirada para otro lado, no quiere responder a las preguntas que se le hacen.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de actividades recreativas relacionado con el entorno monótono de la hospitalización manifestado por irritabilidad, apatía, tristeza y aburrimiento.

Objetivo: El niño disminuirá el aburrimiento participando en actividades recreativas de acuerdo a su edad y sus condiciones de salud.

Prioridad: media.

Nivel: 3

Grado de dependencia: transitoria y ligera

Fuentes de la dificultad: Voluntad

Rol de enfermería: Acompañamiento

Intervenciones:

1. Evaluar la capacidad física del niño para ejercer sus actividades de ocio preferidas: su fuerza física, su resistencia al esfuerzo, su flexibilidad articular, su capacidad de desplazarse y de realizar determinadas acciones, y observar los factores que se oponen a ello, como el dolor, la debilidad, las modificaciones corporales o las limitaciones sensoriales.

Las actividades de ocio permiten liberar las emociones y las tensiones. La capacidad de satisfacer la necesidad de distraerse se basa en la integridad de las facultades cognitivas y en una cierta apertura psicológica de la persona. Su motivación y optimismo, y su voluntad de crear un equilibrio en su vida son también factores esenciales. (Phaneuf 1999).

2. preguntar a la madre que tipo de juguetes le gustan al niño por ejemplo si le gustan musicales, con movimiento o si le gusta jugar en la compañía de algún familiar en especial.

El juego contribuye a todos los tipos de crecimiento y desarrollo en el niño. El niño aprende experimentando y manipulando el entorno. Con el desarrollo de las actividades motoras y el aumento de la movilidad el niño expande su entorno, mientras que con el desarrollo visual y las actividades auditivas aumentan su desarrollo cognitivo. Aunque todos los sentidos se desarrollan gradualmente, el juego es un conjunto significativo de actividades a través de las cuáles los individuos interaccionan con u medio ambiente y se relacionan con los demás grupos, el juego proporciona oportunidades para que el niño desarrolle numerosas habilidades motrices. (Riopelle, 1993)

3. Proporcionar al niño juguetes grandes, de colores brillantes con piezas móviles y que hagan ruido. Por ejemplo:

- Darle una pelota para que la aviente o la tire.
- Hacer muecas para animarle a imitarlas
- Jugar cubriéndose el rostro delante del bebé con una toalla.
- Enseñarle a dar palmas y a golpear un tambor u otro objeto que emita ruido fuerte.
- Dejar que toque alimentos de diferentes texturas y tamaños
- Enseñarle a dar palmitas.
- Alejarle los juguetes y animarle a cogerlos
- Enseñarle imágenes grandes de un libro (como animales, gente, alimentos. Etc.).
- Jugar con una pelota rodándola hacia el niño, enseñarle a devolverla.
- Enseñarle a construir una torre de dos pisos.
- Leerle cuentos infantiles sencillos. Señalar partes del cuerpo y nombrar cada uno de ellos.
- Imitar sonidos de animales, ponerle música e invitarlo a que baile.
- Darles juguetes grandes para empujar. (Potter, 2003).

Gran parte del juego del niño es exploratorio en la medida en que usa sus sentidos para examinar su propio cuerpo y objetos de interés en su entorno. Los diversos juguetes y juegos que se ofrezcan a los niños sin duda serán dependiendo de su edad y su cultura. También las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades. (Phaneuf, 1999).

4. Orientar a los padres acerca del juego adecuado en cada fase de crecimiento y desarrollo del niño. Tomando en cuenta las precauciones de seguridad en los juguetes:

- Elegir juguetes lisos y redondeados, hechos de madera o plástico.
- Los juguetes de plástico deben ser del tipo resistente y flexible, y no de plástico delgado rígido o quebradizo.
- Evitar juguetes con partes que puedan arrancarse, aspirarse o introducirse en nariz y oídos.
- Evitar juguetes de felpa peludos o vellosos.
- Revisar los juguetes en busca de partes pequeñas desprendibles.
- Asegurarse de que los juguetes no estén pintados con sustancias tóxicas.
- Mantener al pequeño bajo vigilancia cuando juegue con cordeles, papel o tela.

El juego es un espejo de todas las tareas del desarrollo y permite a los niños experimentar con seguridad las habilidades recién aprendidas y se convierte en manipulativo a medida que el niño aprende a controlar sus manos. El juego debe proporcionar un contacto interpersonal y estímulos recreativos y educativos. Hay que jugar con los niños, no simplemente dejarles que jueguen. (Riopelle, 1993)

5. Valorar la implementación de los juguetes manipulativos, constructivos, creativos y educativos que fomentan las actividades tranquilas y el desarrollo de motricidad fina y de autoexpresión. Que resulten adecuadas para esta edad las construcciones fáciles, los bloques grandes de distintas formas y tamaños.

- Estructuras para contar.
- Las cartas con el alfabeto y los números.
- Las pinturas, los lápices
- Las herramientas sencillas de carpintería.
- Los juguetes musicales, los libros ilustrados, los trabajos manuales sencillos
- Los rompecabezas grandes y de pocas piezas.
- Los juegos electrónicos

- Las muñecas y los juguetes para limpiar la casa.
- Los teléfonos.
- Los trenes, camiones, coches y aviones.
- Las marionetas.
- Los equipos de médicos y enfermeras.
- La televisión y las películas de video.

El juego después del primer año de vida amplía el desarrollo físico y psicosocial del niño. La interacción con las personas es cada vez más importante. El niño de esta edad inspecciona el juguete, habla con él y comprueba su resistencia y duración e inventa numerosas aplicaciones del mismo. La imitación es una de las principales actividades lúdicas y enriquece la oportunidad del niño de desarrollar su fantasía. (Whaley y Wong, 1995)

Evaluación: El niño mejoró favorablemente y recuperó en gran medida su independencia ante sus actividades de juego, se le encontró en un nivel 3 y con una dependencia transitoria. Junto con su madre se planearon las actividades de juegos buscando los juguetes de acuerdo a su edad y estimulándolo con música, platicando con él, imitando, cantando y aplaudiendo mostrándose así más activo, sonriente y tranquilo.

Fecha: 17 Oct. 03.

Necesidad: Preocuparse de la Propia Realización.

Datos subjetivos: la madre del niño manifiesta cansancio, en momentos llora, se muestra distraída, con incertidumbre e impaciencia.

Datos objetivos: la madre presenta ojeras, bostezos, facies de cansancio, con el pelo opaco y desarreglado, ropa deportiva y de momentos dormitaba.

Diagnóstico de enfermería: Cansancio en el desempeño del rol de la madre relacionado con poca distracción y descanso manifestado por dormir en la sala y apatía.

Objetivo: La madre del niño mejorará su desempeño dentro del rol de cuidador y demostrará su capacidad para afrontar la enfermedad de su hijo.

Prioridad: media.

Nivel: 3

Grado de dependencia: transitoria y ligera.

Fuentes de la dificultad: Fuerza y voluntad.

Rol de enfermería: Acompañamiento.

Intervenciones:

1. Llevar a cabo una evaluación familiar que incluya la exploración de la estructura, la función y la fase de desarrollo.

La familia se debe considerar como un conjunto de elementos interactuantes. Las decisiones y las actividades de un miembro de la familia afectan a los demás y tienen un impacto sobre cada uno de ellos. (Joyce, 1994).

Los siguientes puntos son algunos elementos que proporcionan conocimientos para el estudio de la familia:

a. Ciclo de vida familiar. Que permite analizar la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución. Con ello poder estar en posibilidad de prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma a la salud familiar.

b. La dinámica familiar. Consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.

c. Tipología de la familia. Hay diversos criterios para clasificarla:

- Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semintegrada o desintegrada.
- Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana.
- Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional.
- Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen.

d. Funciones familiares. Estas son la socialización, la reproducción, el cuidado, el afecto y el estado socioeconómico.

2. Valorar las manifestaciones de estrés, angustia y cansancio que presenta la madre cuando llega a visitar a su hijo.

El estrés afecta al bienestar emocional de muchas formas, la persona puede ser conciente o no de sus respuestas de conducta. (Potter, 2003). La familia puede cursar por etapas durante el enfrentamiento con la enfermedad del niño tales como impacto, negación, pesar y aceptación (Ostiguín, 2002).

3. Valorar el conocimiento que tienen los padres acerca del diagnóstico médico de su hijo (en especial la madre que es la persona que lleva el rol de cuidadora principal) y si tiene dudas o preguntas ayudar a resolverlas.

Aunque los padres reconocen la enfermedad del niño, pueden decir cosas positivas respecto a él, la aceptación es un equilibrio de comentarios positivos y negativos. Los comentarios positivos pueden enmascarar sentimientos de ira, resentimiento y rechazo. La aceptación por los padres indica que reconocen sus reacciones iniciales, se han sobrepuesto a ellas, y aceptan la situación. La aceptación realista reconoce que el niño tiene puntos fuertes y débiles. El niño enfermo toma parte de gran número de actividades familiares (Waechter, 1993).

4. Proporcionar oportunidades para la expresión de emociones.

Esto suele disminuir la tensión, ya que la crisis de algunos individuos genera vergüenza, envidia o enojo, etc. (Ostiguín, 2002).

5. Interactuar junto con otros profesionales de la salud, (psicólogo, médico y enfermeras) para ayudar a la madre del paciente a comprender mejor la enfermedad de su hijo, sus necesidades de desarrollo, y a mejorar sus destrezas para encarar situaciones que ocasionan tensión.

Los grupos de apoyo ayudarán a los padres a comprender mejor la enfermedad, y a enfrentarla de manera más eficaz. Estos grupos pueden ser de autoayuda, o de apoyo dirigidos que puede ser por la misma enfermera. Quien los dirija debe conocer a los miembros del grupo así como a los miembros de la familia y comprender los problemas de cada uno de ellos. (Waechter, 1993).

6. Organizar junto con la madre los planes de cuidados que se realizan para la atención de su hijo e invitarla a participar en ellos.

El efecto del niño enfermo en la familia se mide en ocasiones en términos del grado de alteración de la vida familiar normal. Cuando se organiza el plan de cuidados diarios y participan en él todos los miembros de la familia,

umenta la estabilidad familiar (Carpenito, 1995.). Cuando la madre del niño participa en los cuidados proporciona un sentimiento de seguridad al niño, que es muy importante preservar durante los periodos de hospitalización (Waechter, 1993).

7. Identificar el comportamiento ante la necesidad espiritual de la madre y proporcionar apoyo para que realice actos de fe (rezar con ella, visitar una iglesia, visitar a un sacerdote, etc.).

El ser humano siempre ha buscado un sentido a la vida, al sufrimiento y a la muerte. La enfermedad lleva a menudo a reflexionar sobre este asunto. La voluntad de afirmar sus creencias y de realizar actos que permitan entrar en contacto con el ser supremo se acrecienta. La fe ayuda a encontrar un sentido a la enfermedad y al sufrimiento, mientras que la religión es una forma ritualizada de expresión de la fe y de los valores religiosos. En cuanto a la espiritualidad, es un conjunto de creencias, aspiraciones y de prácticas propias del alma y del espíritu (Phaneuf, 1999).

8. Organizar junto con la madre actividades que le permitan relajarse física y psicológicamente para que pueda asumir los diferentes roles que le corresponden.

a. Preguntar a la madre cuáles son las actividades que realizaba antes y después de estar en el hospital, así como el horario que tiene para dormir y relajarse.

b. Preguntar cuántas personas o familiares pueden visitar y cuidar al niño en el hospital, para que la madre pueda realizar actividades de relajación.

c. Invitar y motivar a la madre para que cuide su aspecto físico (baño diario, cambio de ropa, peinado, maquillaje, etc.).

d. Enseñar técnicas de relajación para el manejo del estrés.

e. Estimular la participación de actividades recreativas como visitar un parque con su esposo o ir a comer algún lugar que visitaban para distraerse.

El estado psicológico de la persona influye en su capacidad de realizarse. La confianza en sí misma, la motivación y el optimismo ayudan a la persona a permanecer activa y autónoma en sus roles. Las principales dificultades son la imagen negativa de uno mismo, la depresión, los trastornos del

pensamiento, etc. Los cambios de rol y los conflictos de roles suelen provocar ansiedad y dificultades de adaptación (Phaneuf, 1999).

Evaluación:

La madre del niño planteo dudas con respecto a la enfermedad y a los cuidados de su hijo de la cuál se aclararon junto con los demás miembros del equipo de salud, llevo acabo actividades de relajación, tuvo la oportunidad de desahogarse mencionando que había días en que ya no quería venir al hospital por que se deprimía y angustiaba. La señora mostró su deseo de seguir desempeñando el rol de cuidador y demostró su capacidad para afrontar la situación en la enfermedad de su hijo esto la llevo a una independencia total en esta necesidad.

Fecha: 30 Sep. 03.

Necesidad: Moverse y Mantener una Postura Adecuada.

Datos subjetivos: el niño se muestra irritable ya que desea bajarse de su cuna, su madre menciona que aún no puede caminar únicamente con ayuda y que sus movimientos para gateo aún son débiles.

Datos objetivos: Paciente que se encuentra hipoactivo, palidez de tegumentos, con signos vitales en parámetros aceptables para su edad, se encuentra en posición semifowler, logra sentarse y colocarse de pie con ayuda, toma objetos inclinándose sin caer y los transfiere sin problemas, se apoya al caminar y avanza bien, intenta estar solo de pie unos momentos e intenta dar un paso solo, con tono y fuerza muscular disminuidos.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con el padecimiento crónico manifestado por disminución de la fuerza y masa muscular, debilidad para caminar e irritabilidad.

Objetivo: El niño alcanzará su desarrollo motriz de acuerdo a su edad cronológica mediante un programa de estimulación

Prioridad: media.

Nivel: 2.

Grado de dependencia: transitoria y ligera.

Fuentes de la dificultad: Fuerza y Voluntad

Rol de enfermería: Ayuda

Intervenciones:

1. Valorar el desarrollo motor del niño (lactante mayor).

a. Alineamiento corporal: incluye la inspección del paciente cuando se sienta y se levanta (contribuye al equilibrio corporal). El lactante suele estar de pie con las piernas ligeramente arqueadas, pies bastante separados, dedos señalando hacia fuera y rodillas hiperextendidas: la cabeza y la parte superior del tronco se llevan hacia delante, y los brazos se abducen para mejorar el equilibrio; presentan una curvatura lumbar y una barriga prominente el equilibrio es precario cuando el niño aprende a ponerse en pie y a caminar; puede caerse hacia atrás. (Kozier, 1999).

b. Postura: Se refiere a la posición de las articulaciones, los tendones, los ligamentos y los músculos cuando se esta de pie, sentado o echado (Potter, 2003).

c. Alineación sentada. Se observa desde una perspectiva lateral. El lactante se sienta solo con firmeza y por periodos más largos de tiempo y puede sentarse desde la posición de pie (Marlow, 1991).

d. Marcha: Se valora para determinar la movilidad del paciente y el riesgo de lesiones secundarias a caídas. En el caso del lactante mayor inicia caminando varios pasos con ayuda o solo (las manos sostenidas a la altura de los hombros para equilibrio). (Marlow, 1991).

e. Aspecto y movilidad de las articulaciones. Implica inspección, palpación, valoración del arco de movimientos activos y pasivos (valoración de edema o enrojecimiento articular, deformidad, asimetría, tamaño y simetría de músculos de ambos lados del organismo, dolor a la palpación o referido, crepitación, aumento de temperatura sobre la articulación y el grado de movimiento articular).

f. Capacidad y limitación de movimiento. Obtener datos que pudieran indicar limitaciones o restricciones de los movimientos de paciente.

g. Masa y fuerza muscular. Se valora la fuerza del paciente y su capacidad para moverse utilizando la escala internacional para tono y fuerza muscular.

grado	Tipo de parálisis/actividad muscular	% de fuerza normal.
0	Parálisis completa.	0
1	Paresia de alto grado; no hay movimiento, la contracción del músculo es palpable o visible.	10
2	Paresia grave; movimiento muscular completo contra la gravedad, con apoyo.	25
3	Paresia semi-grave; movimiento normal completo contra la gravedad	50
4	Paresia leve; movimiento normal completo contra la gravedad y contra una resistencia mínima.	75
5	Fuerza muscular normal; movimiento normal completo contra la gravedad y contra una resistencia completa.	100

Fuente: Surós, semiología médica y Técnica exploratoria, Edit. Salvat, Pág. 798 modificada.

h. Tolerancia a la actividad. Se trata del tipo y cantidad de ejercicio o trabajo que un paciente puede llevar a cabo dependiendo del estado de salud en el que se encuentre. Esta valoración resulta útil para animar hacia una independencia creciente a los niños.

i. Forma física. Esta valoración incluye mediciones de perímetros, mediciones de pliegues cutáneos, de la fuerza y rendimiento muscular y de la flexibilidad articular. (Potter, 2003).

2. Obtener datos de crecimiento y desarrollo físico del niño con ayuda de su madre. (Valorar el motor grueso y motor fino esperado para su edad).

a. Crecimiento y desarrollo:

- Fija la mirada a la semana de vida. (objetos luminosos).
- Sigue objetos en un ángulo pequeño: 1 mes.
- Sigue objetos en un ángulo de 180 grados: 2 Meses.
- Reconoce a la madre y puede sonreír: 2 meses.
- Sostiene la cabeza: 3 meses.
- Sonríe con placer: 3 meses.
- Sostiene bien la cabeza (firmemente): 4 meses.
- Se voltea de pronto a supino: 5 meses.
- Se sienta: 6 meses.

- Pasa un sonajero de una mano a otra: 6 meses.
- Toca objetos pequeños: 7 meses.
- Gatea: 8-9 meses.
- Atiende por su nombre: 8-9 meses.
- Dice "ma-ma" (separado): 8-9 meses.
- Dice adiós y aplaude: 8-9 meses.
- Hace la pinza con el pulgar y el índice: 9 meses.
- Se para: 9 meses.
- Camina: 12 meses.

b. Motor grueso:

- Asume posición de pie sin ayuda.
- Camina con o sin apoyo, marcha con base amplia.
- Pierde el equilibrio cuando camina alrededor de las esquinas o se detiene bruscamente.
- Se arrodilla sin apoyo.
- Trepa los escalones.
- Arroja pequeños objetos repetidamente y los recoge otra vez, pero pueden caerse (muestra capacidad para liberar un objeto del puño cerrado).
- No puede arrojar pelota sin caída.

c. Motor fino:

- Construye una torre de 2 – 3 cubos.
- Abre cajas.
- Pone el dedo en un agujero.
- Garabatea espontáneamente.
- Traza una línea con un lápiz de pasta.
- Golpea los dibujos en los libros y comienza a girar las páginas.
- Inserta pelotita en botella de cuello angosto.

d. Habilidades de alimentación:

- Puede dejar el biberón.
- Sostiene una taza con todos los dedos tomándola. Es hábil para tomar el asa de la taza más que la parte principal, derramando algo.

- Toma una cuchara y la inserta en un plato. No puede llenar la cuchara bien; es probable que la cuchara se incline hacia abajo antes de alcanzar la boca. Ayudar al niño con la alimentación con una segunda cuchara.
- Le place comer con la mano.
- Deja el plato sobre la bandeja después de comer.

e. Habilidades de vestido:

- Saca el brazo y la pierna para ayudar a vestirse.
- Se quita los calcetines.

f. Habilidades de arreglo y aseo:

- Avisa cuando el pañal está húmedo o sucio. (Marlow, 1991).

3. Estimular y reforzar el desarrollo del motor fino y grueso que el niño debió haber logrado al cumplir 12 meses de vida a través de las siguientes actividades:

Organizar estas actividades junto con la madre del niño durante el día mientras el niño se encuentre despierto, tranquilo y jugando.

- Con algún juguete o pelota invitarlo a extender los brazos hacia arriba y hacia abajo.
- Flexionarle las piernas con suavidad, primero una y luego al otra.
- Colocarlo en posición supina con las piernas juntas, estiradas y relajadas y luego levantarlas hacia arriba hasta que queden en posición vertical.
- Ayudar al niño a sentarse y acostarse tomándolo de sus manos.
- Ayudar al niño a aprender el equilibrio cuando está sentado inclinando su cuerpo desde una posición erecta hacia los lados.
- Desde una posición sentada ayudarlo a levantarse y ponerlo de pie.
- Estimularlo para la deambulación con ayuda (aún sus piernas parecen arqueadas). (Waechter, 1993).
- Dar juguetes grandes con partes movibles o musicales (pelotas, animales rellenos, muñecos, juguetes musicales, libros de dibujos, discos o bloques para apilar). Invitarlo a que construya una torre con

cubos o que introduzca objetos pequeños en orificios grandes, ilumine algún libro, Etc.

- Ayudar Mientras el niño esta comiendo que tome una cuchara y la sumerja en el plato para que intente comer que tome de una taza.
- Ayudarlo para que se ponga y se quite sus calcetines y zapatos e indicarles como se llama cada prenda y donde se pone

En forma ideal, la naturaleza de amor y de relación de apoyo de los padres facilita el crecimiento y el desarrollo del niño, asegurando cuidado y función previsible de los padres. (Carpenito, 1995.).

4. Orientar a la madre del niño sobre los ejercicios y juegos de estimulación que debe realizarle al niño para que alcance el desarrollo motriz de acuerdo a su edad. (Todas las actividades anteriores).

Al recibir orientación los padres sobre la necesidad de crecimiento y desarrollo que su hijo tiene que alcanzar de acuerdo a su edad, determina si el niño está listo para aprender y aumentar nuevas habilidades motoras gruesas y finas. (Waechter. 1993).

Evaluación:

Al valorar al paciente en esta necesidad se encontró en un nivel 2 y en un grado dependencia transitoria y ligera, se llevaron acabo junto con la participación de la madre las actividades de estimulación para aumentar su desarrollo motriz de acuerdo a su edad, de la cuál se obtuvo que el niño al sentarse ya no perdía el equilibrio, se ponía de pie sin ayuda, logra caminar con ayuda, recoge objetos pequeños sin caerse, lanza una pelota sin caerse, logra construir una torre con tres cubos, puede hojear un libro y hacer rayones, inserta objetos más pequeños en más grandes, toma una cuchara y la sumerge en los alimentos y al llevárselo a la boca aún derrama los alimentos; logra identificar cada prenda de vestido y el lugar donde se coloca. Debido a que el niño presentaba recaídas constantes los ejercicios de estimulación no se realizaban todos los días, continuando en un nivel 2 y un grado dependencia transitoria y ligera ante esta necesidad.

Diagnósticos de enfermería de Prioridad baja.

Fecha: 16 Oct. 03

Necesidad: Actuar Según las Propias Creencias y Valores.

Datos subjetivos: La madre del niño manifiesta, tristeza, aflicción, llanto y sufrimiento ante la recuperación lenta, las recaídas y la posible muerte del niño; menciona que reza por la salud de su niño y que Dios no la escucha.

Datos objetivos: La madre presenta ojeras, ojos enrojecidos por el llanto, facies de angustia, hipoactiva, observa con tristeza y callada a su hijo cuando esta durmiendo,

Diagnóstico de enfermería: Sufrimiento espiritual (parental) relacionado con la inestabilidad de la salud del paciente manifestado por expresar verbalmente su preocupación por la enfermedad de su hijo, la recuperación lenta, sus constantes recaídas y manifestar que Dios los ha abandonado.

Objetivo: La madre del niño afrontará la enfermedad de su hijo apoyándose en su Fe así como el afecto y amor de su familia y las personas que le rodean (médicos, enfermeras y familiares de otros niños hospitalizados).

Prioridad: baja.

Nivel: 4.

Grado de dependencia: ligera y transitoria.

Fuentes de la dificultad: Voluntad.

Rol de enfermería: Acompañamiento.

Intervenciones:

1. Valorar el estado de ánimo, las tensiones y el estrés que presenta la madre del niño enfermo y permitirle expresar sus temores y su necesidad de ayuda emocional y espiritual.

Cuando la enfermedad, la pérdida, el duelo o los cambios importantes de la vida afectan a una persona, los recursos espirituales le ayudan a alcanzar la recuperación o dan origen a necesidades o preocupaciones espirituales. (Potter, 2003).

2. Escuchar las preocupaciones que la madre y su familia pueden expresar sobre el estado en el que se encuentra el niño.

Los comportamientos que establece la presencia de la enfermera incluyen prestar atención, responder preguntas, escuchar y tener una actitud positiva

y alentadora. La presencia implica ofrecimiento de proximidad física, psicológica y espiritualmente con el niño y su familia. (Potter, 2003).

3. Investigar cuál es el tipo de creencias religiosas con la cuál fue educada desde su infancia y de la cuál profesa.

La religión es un sistema de creencias y culto organizado que práctica una persona para exteriorizar su espiritualidad. La religión de una persona influye en la manera en que un individuo ejercita una fe o creencia y acción. (Potter, 2003). La fe ayuda a encontrar un sentido a la enfermedad y al sufrimiento, mientras que la religión es una forma ritualizada de expresión de la fe y de los valores religiosos. En cuanto a la espiritualidad, es un conjunto de creencias, aspiraciones y de prácticas propias del alma y del espíritu. (Phaneuf, 1999).

4. Preguntar a la madre del niño que tanto conoce acerca del diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la enfermedad de su hijo y si tiene dudas o preguntas ayudarle a resolverlas, e informar a la madre y a la familia sobre la situación del niño y las reacciones esperadas.

Aunque los padres reconocen la enfermedad del niño, pueden decir cosas positivas respecto a él, la aceptación es un equilibrio de comentarios positivos y negativos. Los comentarios positivos pueden enmascarar sentimientos de ira, resentimiento y rechazo. (Waechter, 1993).

5. Identificar la etapa en la que se encuentra la madre del niño ante un dolor esperado (duelo anticipado).

Cuando se espera la muerte como resultado posible de una dolencia, el niño y sus familiares experimentan reacciones de conducta previsoras de la desgracia. Aunque la forma varía en forma e intensidad, se describen cinco etapas, las cuáles representan un conjunto de comportamientos cambiantes, que surgen cuando el individuo intenta superar la pérdida esperada.

Etapas del proceso	Explicación.
Negación	La persona responde con choque e incredulidad. La reacción "no, a mi no me puede pasar" se da, independientemente de que se explique el diagnóstico de la persona.
Ira	A menudo sigue a la negación, puede aparecer y repetirse a cualquier momento del proceso. Reacción "¿Por qué a mí?"; ira, rabia, hostilidad, envidia o resentimiento, que se pueden dirigir a uno mismo o a los demás.

Negociación	Las personas moribundas tratan de posponer lo inevitable. Las negociaciones pueden ser con Dios, con uno mismo o con la persona más importante.
Depresión	Por lo general, es de dos tipos: por las pérdidas pasadas y por las esperadas e inminentes.
Aceptación	La persona ya no está enfadada ni deprimida. No es un tiempo feliz, pero sí de paz interior y de aceptación de la certeza de la muerte. (Whaley y Wong, 1995).

Este proceso conduce a una aceptación progresiva y a la adaptación de las expectativas a seguir viviendo en un mundo sin lo que se ha perdido. Con frecuencia el duelo es repetitivo y cíclico. El duelo no tiene que atravesar una secuencia antes de recuperarse. (Whaley y Wong, 1995).

6. Valorar si la madre del paciente presenta manifestaciones de culpabilidad o frustración.

a. Culpabilidad: se trata de un sentimiento doloroso experimentado como consecuencia de la transgresión de creencias o valores, o ambos, y por los que el individuo se siente culpable y las manifestaciones pueden ser:

- Postura encorvada-movimientos lentos
- Tartamudea-ruboriza.
- Insomnio.
- Sentimiento de culpabilidad.
- Excusas.
- Negación.
- Racionalización.
- Mecanismos de defensa.
- Llanto.
- Manifestaciones de depresión.
- Manifestaciones de ansiedad (taquicardia, piel fría, húmeda, cólera, hiperventilación).

b. Frustración: es la condición de la persona que se siente rehusado o rehuye a la satisfacción de una necesidad y sus manifestaciones pueden ser:

- Sensación de la pérdida de la libertad de la acción.
- Agresividad.
- Sentimiento de inutilidad.
- Disminución de la concentración.
- Llanto.
- cólera-irritabilidad.
- Tristeza.
- Distracción.
- Amargura.
- Agotamiento.
- Dolor.

- Ansiedad.
- Estrés.
- pérdida-separación.
- Situación de crisis.
- Pérdida de la imagen y la autoestima.
- Pérdida del rol.
- Conflicto del rol.
- Contratiempos familiares y sociales. (Riopelle L, 1997)

7. Ayudar a la madre del niño a disminuir esos sentimientos de culpabilidad y frustración:

- Permitiéndole expresar sus sentimientos.
- Explorar con ella las fuentes de su culpabilidad o la causa de frustración.
- Darle seguridad frente a la vigilancia y cuidados específicos que se llevan acabo con su hijo.
- Ayudarle a recuperar su autoestima.
- Si es necesario y con apoyo medico administrar un tranquilizante o un antidepresivo.

8. Organizar con la madre y su familia una atención espiritual apropiada, como: rezar, asistir a los servicios religiosos, conservar cerca de ellos algunos objetos de culto, visitar o pedir la presencia de un sacerdote

Ningún acontecimiento resulta más devastador para una familia que la amenaza de perder a un hijo. Toda la familia y, en especial los padres, se ven privados de las alegrías y compensaciones de ver crecer a un hijo. Todos los miembros se ven afectados por la pérdida y deben reconocerse sus necesidades, para resolver su dolor. Como el pesar, el remordimiento, el miedo al castigo o la resignación. Es preciso comprender los valores y los deseos de la persona frente a esta necesidad. (Phaneuf, 1999).

9. Si es necesario canalizar a la madre y a su familia con personal especializado (Psicología o algún consejero espiritual) que pueda proporcionar el apoyo necesario para afrontar la situación.

Los grupos de apoyo ayudarán a los padres a comprender mejor la enfermedad, y a enfrentarla de manera más eficaz. Estos grupos pueden ser de autoayuda, o de apoyo dirigidos que puede ser por la misma enfermera. Quien los dirija debe conocer a los miembros del grupo así como a los

miembros de la familia y comprender los problemas de cada uno de ellos. (Waechter, 1993).

10. Planear con la madre del niño técnica de oración (puede ser en privado, o en grupo con familiares, amigos o con la enfermera si lo desea) y meditación (una o dos veces al día durante 10 a 20 min.):

La Oración proporciona a la persona la oportunidad de renovar su fe y la creencia en un ser superior, puede ser un recurso eficaz de afrontamiento para los síntomas físicos y psicológicos.

La meditación puede ser un medio muy eficaz de crear respuestas de relajación que reduce el estrés y las recomendaciones para realizarla es:

- Seleccionar una habitación tranquila en el hogar donde se pueda eliminar las interrupciones.
- La música tranquila puede ser útil para evitar distracciones.
- Cada meditación debe durar más o menos 20 min.
- Se puede practicar por lo menos dos veces al día.
- Adoptar una posición cómoda con las extremidades bien apoyadas.
- Cerrar los ojos.
- Realizar respiraciones lentas, rítmicas y profundas.
- Centrarse en un sonido, pensamiento o imagen.
- La repetición de salmos, poemas o plegarias pueden ayudar a concentrarse.
- Después de la meditación, hacer que la persona piense en lo que se convirtió en el centro de la meditación, que aprendió o sintió sobre sí mismo. (Potter, 2003).

Evaluación:

La madre del niño logró expresar sus preocupaciones e inquietudes, así como sus confusiones con respecto a su espiritualidad. Se logró la comunicación y el apoyo del personal de salud para reforzar el conocimiento sobre el estado en el que se encuentra su hijo en ese momento, y con el afecto de sus amistades y el amor de su familia recuperó la confianza en su fe y esperanza para afrontar la enfermedad de su hijo esto significa que la señora recupero su independencia en está necesidad.

Fecha: 04 Oct. 03.

Necesidad: Evitar los Peligros.

Datos subjetivos: la madre menciona que ya tiene mucho tiempo de estar hospitalizado y que además ha rechazado en diversas ocasiones catéteres y en otras ocasiones le han puesto sondas.

Datos Objetivos: Se encuentra Conciente, con F.R: 36 x', F.C: 100 x' T/A: 90/60 y T: 37', buena coloración de tegumentos, mejillas rosadas, labios rosados e hidratados, bien conformado, tranquilo, activo, presencia de cicatriz hipocrómica pálida en zona de parietales por úlceras, alopecia presente, con alteración en la integridad por la presencia de catéter subclavio derecho limpio, permeable y cubierto conectado a NPT en bomba de infusión, se observa sonda de gastrostomía en cuadrante superior derecho limpio y cubierta sin datos de infección, en región anal se observa enrojecimiento, erupciones cutáneas muy marcadas y la presencia de crema en esta zona,

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias (múltiples procedimientos invasivos).

Objetivo: El niño no presentará infecciones nosocomiales mediante la aplicación de medidas estándar durante la hospitalización.

Prioridad: baja.

Grado de dependencia: potencial.

Fuentes de la dificultad: Conocimiento.

Rol de enfermería: Ayuda.

Intervenciones:

1. Realizar una exploración física general diaria al niño y monitorizar los signos vitales en busca de síntomas de infección sistémica.

Valorar los signos vitales 2 veces por turno:

Parámetros normales para la edad del paciente (1a 10/12).

- Temperatura corporal: 36.5° C - 37.7°C.
- Frecuencia Cardíaca: 110 ± 40 por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 - 30 por minuto.
- Presión arterial: 99/65 mmHg.

Las variaciones importantes de los signos vitales en los niños determinan alteraciones importantes en el organismo. Los factores ambientales y las

infecciones relativamente leves pueden producir una temperatura elevada en los niños. (Engel J. 1994). Una de las complicaciones principales de los niños con síndrome de intestino corto comprenden a las asociadas a la nutrición parenteral: infecciones del catéter venoso central, trombosis, hepatotoxicidad y cálculos biliares de las cuales los pacientes inician con manifestaciones de hipertermias. (Nelson, 2001).

2. Valorar diariamente los sitios de inserción del catéter venoso y sonda gástrica en búsqueda de signos y síntomas de infección tales como enrojecimiento, exudado, edema e hiperemia.

3. Monitorizar cada quince días los valores de laboratorio (elevación del recuento leucocitario, análisis de orina, hemocultivo).

Los datos de laboratorio tales como glóbulos blancos, eritrocitos, neutrófilos, linfocitos, monocitos, cultivos de orina, sangre y heridas pueden revelar una infección. (Potter, 2003)

4. Evitar el desarrollo de una infección a través de la aplicación de las precauciones estándar como:

- Uso adecuado de barreras de protección (guantes, batas, mascarilla, gorro), cada vez que se realice un procedimiento que lo exija.
- Lavado de manos antes y después de cada contacto con el niño.
- Empleo de técnica estéril al momento de realizar la cura al catéter y cambio del equipo para administrar la nutrición parenteral total.
- Mantener los apósitos limpios y secos.

El uso adecuado de material estéril, barreras de protección y lavado de manos son métodos mediante los cuales la enfermera controla la propagación de microorganismos. (Potter, 2003)

5. Manipular cuidadosamente los exudados del niño (sangre, heces, orina), utilizando guantes desechables cada vez que se manipulen así como también bata, mascarilla y lentes protectores cuando haya riesgo de salpicadura o contacto con cualquier líquido.

Una forma de controlar la salida de microorganismo es el manejo cuidadoso de todo exudado que sale del paciente. (Potter, 2003)

6. Llevar acabo los cuidados necesarios de la piel del niño que son:

Ya que la piel es un órgano vital con muchas funciones, estas incluyen termorregulación, barrera en contra de toxinas e infecciones, excreción de agua y electrolitos, aislamiento del medio ambiente y es órgano capacitado para el tacto.

- El baño diario con agua y jabón que tiene múltiples propósitos, incluyendo la remoción de pérdidas cutáneas, propósitos estéticos y reducción de la flora microbiana, proporciona estimulación táctil, comunicación e interacción.
- La lubricación de la piel. (por medio de emolientes hipoalergénicos) como La hidratación de la piel es esencial para mantener la piel intacta y como una función de barrera normal, también son usados para prevenir la resequedad de la piel.
- La desinfección de la piel por medio de antisépticos. Principalmente el uso de antisépticos se utiliza antes de realizar procedimientos invasivos, esto significa que no es recomendable la utilización excesiva de estos productos en la piel del niño ya que puede provocar quemaduras o la formación de ampulas e irritación.
- Aplicación y remoción de adhesivos. Los adhesivos son aplicados y removidos diariamente en los servicios hospitalarios para asegurar tubos, sondas, catéteres, electrodos, etc. Durante la remoción constante de estos adhesivos se puede ocasionar lesiones en la piel, por esto se deben retirar con mucho cuidado y utilizar barreras protectoras para la piel (caraya).

La piel de los niños es particularmente susceptible a sufrir laceraciones y a experimentar esta interrupción de la barrera natural y sufrir sus consecuencias. Preservar la integridad de la piel es un importante aspecto de los cuidados de enfermería por los que atraviesa la vida de niño. (Lund C. 1999). El mantenimiento de la integridad de la piel y las membranas mucosas reducen las oportunidades de que los microorganismos alcancen a un huésped. (Potter, 2003)

7. Mantener limpio el ambiente y material que estén en contacto con el niño mediante.

- Desinfección del termómetro, riñones y todo material reutilizable que se esté en contacto con los exudados del niño con Alkazime.
- Limpieza con agua y jabón de los juguetes del niño antes que los utilice.

La adecuada limpieza, desinfección y esterilización de los objetos contaminados reduce significativamente, y a menudo, elimina los microorganismos. (Potter, 2003)

8. Vigilar y registrar que se proporcione los aportes nutricionales enterica y por nutrición parenteral indicados por el servicio de nutrición.

La nutrición entérica y por vía intravenosa cuando existe una infección tiene efectos precisos en la recuperación del paciente, la enterica no solo da defensas energéticas y de lucha contra los agentes bacterianos patógenos, también estimula el recambio celular en la mucosa, estimulando hormonas que tienen efecto trófico en la mucosa intestinal, e induce a las funciones inmunitarias del sistema gastrointestinal. (Slota 2000).

Evaluación:

Debido al proceso de la enfermedad que el paciente presenta se puede mencionar que a pesar de todas las medidas y cuidados que se llevaron acabo junto con la colaboración del equipo de salud para evitar infecciones el niño presento procesos infecciosos durante el tiempo que ha estado hospitalizado convirtiéndose en un diagnóstico real de prioridad alta, un nivel de dependencia moderada y un grado 4, y de la cuál se llevaron las medidas necesarias para su atención y la solución de este problema.

IV. Conclusiones.

El presente estudio de caso esta basado en el enfoque de Virginia Henderson que permitió la identificación de las necesidades básicas de un paciente lactante menor de 1 año 5 meses de edad y que contempla los conceptos principales de la filosofía de las necesidades que son la persona, su entorno y el rol de desempeño de la enfermera ante la salud y enfermedad del niño y su familia. La aplicación del proceso del cuidado a partir de este modelo permitió cumplir con los objetivos planteados que fueron: Proporcionar cuidado integral de las necesidades a través de este proceso, valorando el grado de dependencia del lactante con alteración en la necesidad de alimentación e identificando los diagnósticos de enfermería previa jerarquía de las necesidades, así como la elaboración de un plan de intervenciones de calidad, integrales y especializados de enfermería involucrando a la familia del paciente.

Al emplear este modelo de atención durante nuestra formación como profesionales en enfermería infantil es trabajar indudablemente con una base científica y humana en el acto de cuidar. Este acto de cuidar esta integrado por los conceptos del metaparadigma que se vieron reflejados en los instrumentos para la recolección de datos de acuerdo a las necesidades del niño y cubriendo aspectos biopsicosociales y espirituales. Un modelo de atención facilita la tarea por que nos hace ser ordenadas, analistas y críticas centrando la atención en el niño que esta a nuestro cuidado.

Es importante mencionar que el rol fundamental de la enfermera profesional que se brindo con este niño permitió precisar e identificar la relación que se tiene con el paciente y su familia y de la cuál durante la aplicación del plan de cuidados el rol de la enfermera fue de ayuda y acompañamiento tanto para el paciente como para su familia elaborando juntos el plan terapéutico para satisfacer las necesidades básicas encontradas y así poder llevar al paciente a un grado de independencia para su edad. También es importante mencionar que se llevo acabo la promoción de la salud con la familia del paciente como un objetivo más del rol de enfermería.

En este estudio de caso se logró utilizar una metodología basada en la filosofía de las necesidades identificando las necesidades de alimentación y eliminación como las más afectadas en el niño, sin embargo cabe mencionar que de alguna manera todas las necesidades están afectadas en menor grado, también se lograron determinar las intervenciones especializadas que permitieron cubrir la respuesta del niño y evaluar los resultados de las acciones especializadas. Estos resultados fueron comparados con los antecedentes de este estudio y se encontró gran similitud con los artículos publicados por Sánchez L.V, Subirana M y colab y Guallart M. comprendiendo la importancia que la enfermera especializada debe tomar en cuenta para su desarrollo profesional.

Las enfermeras, como personas y como profesionales de los cuidados de salud, emiten juicios cada día que afectan a las vidas humanas y que tienen influencia en el bienestar de los pacientes, de sus familias y de otras personas, es por esto que en el presente caso clínico se hizo el recordatorio del Código de Ética profesional que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. De igual manera se hace el reconocimiento de la autonomía del paciente y su familia mediante el consentimiento informado que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que le proponen.

Al revisar los resultados de otros estudios relacionados para los antecedentes del presente estudio se observó que la influencia que tiene la actuación de enfermería orientado con la perspectiva del modelo utilizado está encaminada a la decisión, planeación y ejecución de los cuidados de enfermería enfocados en las necesidades fundamentales que se encuentran alteradas en el niño. Concluyendo que las acciones y la metodología aplicada en cada caso favoreció la comprensión de la importancia que el personal de enfermería especialista debe tomar en cuenta para su desarrollo profesional fundamentada en el cuidado y buscar una identidad profesional, con marcos conceptuales específicos y con pensamiento enfermero validado, otros con distintas bases, pero todas con una finalidad: el crecimiento de nuestra profesión.

Los resultados obtenidos en este estudio sin duda nos enseñó a tener cada día espíritu de superación personal y grupal, mucha disposición de aprender y de enseñar para proporcionar a los niños la mejor asistencia posible; y al seguir un modelo de enfermería que constituye uno de los mejores instrumentos para lograrlo.

V. Sugerencias.

1. Que se tenga una mayor difusión de la necesidad de encaminar los conocimientos y acciones de un modelo teórico de enfermería para encontrar las bases que hacen que la profesión de enfermería especializada tenga los conocimientos y las bases teórico-práctico para un cuidado especializado de los niños sanos o enfermeros.
2. Que todos los casos clínicos que realizan los profesionales de la especialidad en enfermería infantil puedan publicarse para poder delimitar el campo profesional dentro de la investigación y la práctica guiada en un modelo conceptual.

VI. BIBLIOGRAFIA.

1. Sánchez L.V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enferm. IMSS 2001.
2. Subirana M. y colab. Fuentes de la dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC reagudizada. Revista Enfermería clínica Vol.8, Núm 6.
3. Guallart M; Monteverde y Capara. Cuidados de enfermería a un recién nacido pretérmino. Revista Enfermería clínica; 8 (2):
4. Jiménez M. y Villegas. La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Revista mexicana de enfermería cardiológica Vol.7 Núm. 1-4 Diciembre 1999.
5. Enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos. Necesidades del paciente diabético del hospital General Dr. Ernesto Meana San Román. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Vol. 7, núm. 1-4 enero-marzo 1999.
6. Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Edit. Interamericana, México D.F. 1993.
7. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros un sistema integrado y personalizado. Edit Interamericana, México D.F. 1999.
8. Marriner-Tomey. Teorías y modelos de enfermería. Editorial Mosby-Doyma Madrid España. 1994.
9. La Raza, Medicina del Adolescente, El proceso de atención de enfermería: Estudio de casos, El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. México D.F. 1993.
10. Jiménez, T. y Colab. El proceso de enfermería Una metodología para la práctica. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Edición. Orión Editores LTDA. Colombia 1997.
11. Roldán T. y Fernández S. Proceso de Atención de enfermería. <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>
12. Ostiguín M. y Gómez L. Método Enfermero. Sección Docencia. Desarrollo Científico Enfermero. Vol. 9 No. 6 Julio, 2001.
13. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica; Tercera edición. Mosby/Doyma Madrid, España. 1996,

14. Jiménez E. y Gutierrez R. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería. 1997.
15. Henderson V. La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid. Interamericana McGraw Hill, 1994.
16. Henderson V. y Nite G. Enfermería Teórica y práctica, Volumen 1, Papel de la enfermera en la atención del paciente. Sexta edición, México. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, 1987. p 16
17. Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª edición. México. McGraw Hill Interamericana, 1997.
18. Griffith J. y Christensen P. Proceso de atención de enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Edit. Manual moderno, México D.F. 1993.
19. Davis Anne J. Las dimensiones éticas del cuidar de enfermería. Enfermería clínica, Vol.9, Núm.1
20. Busquets S. Ejercicio profesional: responsabilidad ética y legal. Enfermería clínica 1988. Vol. 18 Núm. 1
21. Guzmán V. y Tonis M. Aspectos éticos y legales en la práctica de enfermería. Desarrollo Científico en Enfermería. Vol. 9 No. 8 Sep.2001.
22. Whyllie R.H. Gastroenterología Pediátrica 2ª edición Interamericana. México D.F. 2001.
23. Tadakata Y. Manual de Gastroenterología, Interamericana Méx. D.F. 2000.
24. Nelson W.E. Tratado de pediatría Vol. 1. 16ª edición Interamericana. Méx. D.F. 2001.
25. Miranda R. Semiología Pediátrica 2ª. Edición, Disinlimed, C.A. Caracas 2002.
26. Mota H. Manejo efectivo de diarrea en niños. Tercera edición. HIM "Federico Gómez" Servicio de Hidratación oral. México 2000.
27. Engel Y. Guía clínica de enfermería Exploración Pediátrica. Segunda edición, Mosby, España 1994.
28. Morgan S. Cuidados de Enfermería en Pediatría. Doyma, Barcelona España 1993.

29. Martín S. Mary M.T. y colab. Normas de cuidados del paciente, Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta. 6ª. Edición Edit Harcourt Brace España, Madrid 1997.
30. Ramírez M.J. Manual de formulas lácteas, sustitutos y complementos nutricionales utilizados en pediatría. INP. México. 1997.
31. Wieck L. King E.M. y colab. Técnicas de enfermería 3a. edición manual ilustrado. Interamericana. McGraw Hill. México D.F. 1989.
32. Brunner L.S. Manual de la enfermera Cuarta edición. Interamericana McGraw Hill. México D.F. 1991.
33. Gentile RI. Semiología pediátrica. McGraw-Hill Interamericana 2ª ed. Chile, 2002.
34. Tamez, S. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales. 2ª edición, editorial Panamericana, Argentina 2003.
35. Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2002. © 1993-2001 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
36. A.Galdo-M.Cruz. Exploración del Síndrome Febril, Tratado de exploración Clínica en Pediatría, Edit. MASSON, España 1995.
37. Tortora, principios de anatomía y fisiología. Sexta edición, edit. Harla, Méx. D.F. 1993.
38. C: /documents anual sehigslwk/la familia como unidad de análisis.
39. Fitcher Arlet. La enfermedad crónica y la dinámica familiar. Programa analítico y lecturas básicas. Octubre 2003.
40. Dugas, Enfermería Pediátrica. Mc. Graw Hill Interamericana, Méx. D.F. 2000.
41. Riopelle L. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. España. Interamericana. 1997.
42. Potter/Perry Fundamentos de enfermería. Quinta edición, editorial Océano, Barcelona España. 2003.
43. Whaley y Wong. Enfermería pediátrica. Cuarta edición. Mosby, Madrid. 1995.
44. Kozier, B. Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas. Tercera edición. Madrid, McGraw Hill Interamericana. 1990, Tomos I y II.

45. Marlow D. Enfermería Pediátrica. Cuidado y evaluación del niño, el neonato. Edit. Panamericana. Argentina. 1990.
46. Waechter E. Enfermería Pediátrica, McGraw-Hill. Interamericana. México D.F. 1991.
47. William F. Fisiología médica. 13ª. Edición, edit. Manual moderno. Méx. DF. 1992.
48. Diccionario medico, 4ª. Edición Edit. Masson, España 2002.
49. Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería. Quinta edición. México. McGraw Hill Interamericana, 1996.
50. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. Secretaría de Salud de México. México. Subsecretaría de Innovación y calidad, 2001.
51. Gesel A. El niño de 1 a 4 años. México. Editorial Paidós, 1987.
52. PLM 1995.

ANEXOS

Anexo A.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"FEDERICO GÓMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo Ma. Guadalupe Martínez Solano declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Marlot Ivan participe en el estudio de caso CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE LACTANTE MAYOR CON ALTERACIONES EN LA ALIMENTACION.

_____, cuyo Objetivo principal es:

Proporcionar cuidado integral basado en las necesidades del paciente a través del proceso de enfermería. _____ y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten en: Proporcionar un cuidado integral basado en las necesidades del paciente y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: Ma del Consuelo Pérez Núñez

[Firma]
Firma

Nombre del padre o Tutor: _____

[Firma]
Firma

Testigos

Nombre: Graciela Maester Zúñiga
Firma: [Firma]
Domicilio: México, D.F. a 10 de Octubre del 2003

Nombre: Martha E. Álvarez Chávez
Firma: [Firma]
Domicilio: México, D.F.

México, D.F. a 10 de Octubre del 2003

Anexo B.

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

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____

Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____

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

Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____

Religión: _____ La información es proporcionada por: _____

_____ Domicilio: _____

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico médico: _____

Sede: - _____ Servicio: _____ Registro: _____

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

abuelos: _____

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

_____ Servicios intradomiciliarios: _____

Disposición de excretas: _____

Descripción de la vivienda: _____

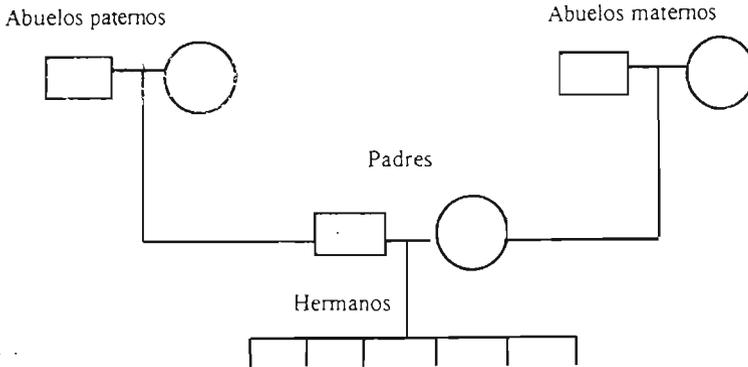
Ingresos económicos de la familia: _____

Medios de transporte de la localidad: _____

Medios de transporte de la localidad: _____

Mapa Familiar.

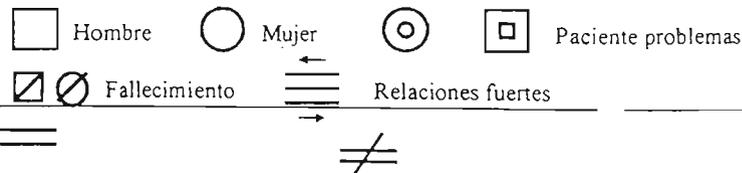
Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaeridad	Relac. Afeciva	Enfermedades
--------	------	------	--------------	----------------	--------------

Símbolos



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

¿Que alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____
 Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____

Alimentación especial: _____

Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda
Cereales	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____
Vegetales	_____	_____	_____
Carne	_____	_____	_____

Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____
 Hábitos en los alimentos: _____
 A que edad le salieron los dientes: _____

Eliminación

Evacuaciones orina en el pañal en orinal en el baño día noche

Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____
 Blanda: _____ Líquida: _____
 Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____
 Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____
 Olor: Ácida: _____ Felida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____
 Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento _____
 Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____
 Otros: _____
 Hábitos: _____
 Descripción de genitales: - _____
 Sudoración: _____

Oxigenación

Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____
 Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____

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

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

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

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

amigo: _____

Si la respuesta es si diga, ¿cual? _____

El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____

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

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
------------------------	-------	-----	-------

De qué forma acostumbra a dárselos: _____

Aprendizaje

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

¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____

¿Ha estado hospitalizado antes? Si: _____ No: _____ Si la respuesta es si ¿Por qué? _____

¿Cómo reaccionó? _____

¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____

Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____

Realización

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____

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

Comparte juguetes: _____

Hace amistad con otros niños y adultos: _____

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

Otros datos: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

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

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

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

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Servicio: _____

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

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

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

Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____

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

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

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

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

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

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

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Servicio: _____

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

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

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

Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____

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

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

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

Anexo C.



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

Reporte Diario

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

Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos subjetivos:

Datos objetivos (Exploración física focalizada, *cuando corresponda*)

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

Diagnósticos de enfermería:

1.

2.

Comentarios:

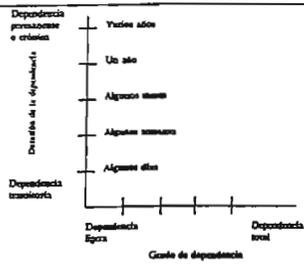


Tabla 6. Continuum independencia-dependencia¹⁴

Figura 3. Gráfico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.

