



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL**

**ESTUDIO DE CASO: EN UN
LACTANTE CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.**



**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL**

PRESENTA: Lic. Maribel Martínez

Velázquez



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

**Deseo dar las gracias a mi familia por su comprensión, cariño
y apoyo**

**Quiero expresar mi agradecimiento y reconocimiento especial
a la
Mtra. Magdalena Franco, por su apoyo**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN CONSIDERACIONES	1
II. OBJETIVOS	3
2.1 General	3
2.2 Específico	3
III. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO	4
IV. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO	7
4.1 Antecedentes	7
4.2 Teoría de enfermería	8
4.3 Proceso de enfermería	18
4.4 Daños a la salud	25
Síndrome nefrótico	25
Glomerulonefritis rápidamente progresiva	28
Insuficiencia renal aguda	29
V. CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
VI. METODOLOGÍA	35
6.1 Esquema metodológico	35
6.2 Valoración de enfermería por necesidades	36
6.3 Cuadros de dependencia e independencia	42
6.4 Jerarquización de necesidades	49
6.5 Plan de intervenciones de enfermería	53
VII. PLAN DE ALTA	86
VIII. CONCLUSIONES	89
IX. BIBLIOGRAFÍA	90
X. ANEXO	93

I. INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años, la profesión de enfermería ha sufrido muchos cambios como respuesta a un mundo globalizado y en continuo cambio que aunado al progreso de las ciencias y tecnología; hoy día se exige que la enfermera continúe su preparación hacia niveles de posgrado, manteniendo una línea de actualización, mediante la especialización en enfermería infantil que brinda un espacio para la superación profesional, y en consecuencia, mejorar el acto del cuidado de la salud para el niño y su familia.

Por lo anterior los cuidados que brinda enfermería deben estar basados en un modelo que permita mejorar la práctica; para ello se eligió el marco conceptual de Virginia Henderson aplicado a las etapas del proceso enfermero.

Se considera el proceso de atención de enfermería como la base del ejercicio de la especialidad ya que constituye el método mediante el cual se aplican los sistemas de conocimientos a la práctica y consiste en una relación de interacción entre el paciente y el profesional, teniendo a la persona como centro de atención que nos permite la solución de necesidades alteradas. Con el uso del Proceso de Enfermería se incorpora la nueva dimensión científica en el cuidado.

Para la presentación de este trabajo se realizó el estudio de CASO DE UN LACTANTE CON ALTERACIÓN DE LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN BASADA EN LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

En el terreno de la profesión Virginia Henderson ha hecho enormes contribuciones a la profesión de enfermería, como profesora, autora e investigadora. Inicialmente Henderson no pretendió elaborar una teoría de enfermería, lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

Este trabajo pretende ser un apoyo para la enfermería infantil en el ámbito asistencial, desarrollando un pensamiento crítico, mayor independencia profesional y un alto sentido humanístico.

En el capítulo dos se presentan los objetivos del estudio, en el tercero la selección del caso, en el cuarto la fundamentación teórica en el que se sustenta en forma teórica el presente estudio. En el quinto capítulo se presenta el esquema metodológico, para la presentación del estudio de caso se ha organizado la información de acuerdo a las etapas del proceso enfermero, posterior a este apartado las conclusiones, bibliografía y anexos.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL.

Integrar los conocimientos teórico-prácticos a un estudio de caso en un lactante con alteración de la eliminación basada en la filosofía de Virginia Henderson aplicado al proceso de enfermería.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar el proceso enfermero como método de trabajo.

Conocer el marco conceptual de la filosofía de Virginia Henderson.

Analizar las necesidades básicas de la persona en todas sus dimensiones

Identificar el grado de independencia alcanzado en el niño para reorganización del plan de alta.

Identificar las fuentes de la dificultad.

Establecer los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la dependencia.

III. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

Se trata de paciente lactante mayor, masculino de 1 año 9 meses nacido en el Distrito federal; hijo de madre de 18 años de edad que trabaja como empleada doméstica, con escolaridad de quinto año de primaria, padre de 23 años de edad grado de escolaridad primaria, ambos de religión católica y originarios de Puebla; habitan un cuarto rentado, con todos los servicios intradomiciliarios. Cuenta con los servicios de transporte de camión, microbús y taxi.

Paciente procedente de una familia nuclear, papá y mamá. La situación económica de la familia es de un nivel socioeconómico bajo con una aportación mensual de \$2200 aproximadamente. El padre es ayudante de albañilería, la mamá se dedica al cuidado exclusivo de su hijo.

Antecedentes familiares. Abuelo paterno padece alcoholismo, resto de familiares se desconoce antecedentes importantes o infectocontagiosos.

Se presenta en el Instituto Nacional de Pediatría en 18 de Noviembre con sospecha de glomerulonefritis rápidamente progresiva.

Como antecedentes perinatales: El paciente es producto de Gesta I, de madre de 18 años de edad, la cual cursó con embarazo normo evolutivo obtenido de término, por vía abdominal por preeclampsia, el cual lloró y respiró al nacer con peso de 2,850 kg aparentemente sin complicaciones perinatales, desconoce Silverman y Apgar, siendo egresado junto con la madre a las 48 hrs.

Antecedentes personales patológicos: tres cuadros de vías respiratorias aisladas. Inicia padecimiento actual aproximadamente hace un mes de evolución precedido a cuadro de infección de vías aéreas superiores con aparición súbita de edema biparpebral progresando a anasarca y oliguria. Acude con médico quien receta pomada oftálmica (no especificada) sin notar mejoría por lo que decide acudir al Hospital General Dr. Manuel Gea González. A su ingreso se diagnostica Síndrome Nefrítico y comienza tratamiento con albúmina diurético y esteroide sin embargo reingresa a las 48 hrs por reaparición de edema y anasarca con incremento al doble de Creatinina, decidiéndose su traslado al Instituto Nacional de Pediatría con sospecha de Glomerulonefritis rápidamente progresiva.

Desde su ingreso con Creatinina de 1.1 mg /dl la cual fue incrementando a 2.37, 2.8 y 4.5 mg/dl actualmente con 3.6 mg/dl. Se diagnosticó Síndrome Nefrítico, se refirió para valoración y se hospitaliza para biopsia renal.

Durante su estancia presenta elevación de BUN, fósforo, potasio, con acidosis metabólica por lo que requirió colocación de diálisis aguda durante 72 hrs. con corrección de la acidosis, laboratorios con proteínas totales 3.6 g/dl albúmina 1.5 g/dl, colesterol 440 mg/dl, triglicéridos 538 mg/dl, albúmina 1.5 g/dl, leucocitos 25 y 3 eritrocitos cilindros granulosa y de células epiteliales confirmando los siguientes diagnósticos:

Síndrome nefrítico (29 Octubre 2005)

Insuficiencia renal aguda secundaria a síndrome nefrítico secundaria a probable glomerulonefritis post estreptocócica. 18 Noviembre 2005

Hipercalemia 22 noviembre 05

Glomerulonefritis rápidamente progresiva 22 Noviembre 2005

Por lo que se coloca catéter rígido de diálisis por 4 días el cual es retirado para realizar biopsia renal, misma que fue fallida, por persistir con criterios de diálisis se recoloca catéter rígido sin embargo se detecta fuga importante y disfunción. Pasa a quirófano para colocación de catéter de Tenckhoff.

En cuanto a la Glomerulonefritis rápidamente progresiva, se tomaron laboratorios Inmunológicos que reportaron:

Anticuerpos antinucleares negativo, anticuerpos circulantes contra el citoplasma de los neutrófilos negativo, fracciones del complemento (C) C3 y C4 normales, con actividad hemolítica (CH50) ligeramente bajo 139 mg/dl.

Se tomaron virales que solo reportaron inmunoglobulina G positivo a Citomegalovirus. Por persistir con incrementos en las cifras de creatinina se decidió iniciar prednisona a 60 mg 2 días sin respuesta completa solo con disminución discreta de la proteinuria a 400mg día. Se realizó segunda biopsia renal el 22 de diciembre reportando datos de infiltración inflamatoria intersticial con leve atrofia de la médula renal.

Por lo anterior y ante la poca respuesta al tratamiento se decide iniciar dosis de reducción de esteroide.

El paciente continúa con diálisis peritoneal continua ambulatoria, con volúmenes urinarios máximos de 50 ml al día. Actualmente normotenso ya sin tratamiento hipotensor. Por lo que se decide su egreso el 28 de Diciembre del 2005.

NECESIDADES ALTERADAS

Oxigenación

Hidratación y nutrición

Eliminación

Moverse y mantener posturas adecuadas

Dormir y descansar

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Evitar los peligros ambientales

Comunicarse con los demás

Recreación

Aprendizaje

IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

4.1 ANTECEDENTES

De acuerdo con la revisión de la literatura se encontraron los siguientes estudios, que a manera de síntesis, se enuncian a continuación. De acuerdo con los resultados obtenidos en cada uno de ellos, se considera que brindan una aportación relevante al presente estudio.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON GLOMERULONEFRITIS AGUDA. Estudio explicativo y retrospectivo de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en niños con glomerulonefritis aguda en un hospital de tercer nivel, el universo de estudio estuvo constituido por 20 pacientes ingresados en el año 2000. Las necesidades humanas identificadas en el 100% fueron eliminación, alimentación y actividad; entre los diagnósticos de enfermería; se encontraron el exceso de volumen de líquido relacionado con compromisos de los mecanismos reguladores, alteración de la eliminación urinaria relacionada con multicausalidad, intolerancia a la actividad en relación con el reposo en cama y alteración de la nutrición por defecto, que tiene que ver con la capacidad para ingerir los alimentos y acciones de enfermería.

Guaymás, Ismelda Q. Mencionan que la enfermedad renal en un niño no es estática y necesita una valoración continua, tanto del estado fisiológico como de la respuesta al tratamiento. Es aquí donde el trabajo de enfermería adquiere preponderancia, al acompañar con profesionalismo al paciente hasta alcanzar su recuperación o mejoría, para lograr buenos resultados.

Tornay Muñoz, Sánchez. Demostraron que un programa de diálisis peritoneal domiciliaria como tratamiento alternativo a pacientes pediátricos renales, conlleva una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para el cuidador y permite una mejor reinserción social, familiar y escolar.

Agustín León. Realizó una investigación sobre los programas de garantía de calidad, menciona que la seguridad del paciente no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los

servicios de salud; sino, una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado. Se debe preparar enfermeros que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que sean capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo.

4.2 TEORÍA DE ENFERMERÍA.

La incorporación del método científico en la búsqueda del conocimiento supuso un avance para el desarrollo de la ciencia, causa, además de los progresos tecnológicos. Así cada disciplina configura su conocimiento aplicando el método científico en su propio campo, y desarrolla un método específico como instrumento para garantizar una práctica rigurosa. Podríamos decir que todas las disciplinas, con responsabilidad de intervención directa sobre las personas o grupos, utilizan un enfoque científico que analice o investigue los casos de estudio- problemas, en el marco de una estructura teórica definida.

El campo de enfermería no fue la excepción, en los últimos años ha existido un interés creciente de los profesionales de enfermería para definir una “teoría de la enfermera” este esfuerzo se debe principalmente a la necesidad de mejorar el nivel educativo de la enfermera que le proporcione eficiencia y eficacia para la atención del paciente.

En la actualidad la ciencia de la enfermería representa el conocimiento o entendimiento que se tiene sobre el cuidado de los aspectos del comportamiento del ser humano y sus reacciones con la experiencia de la salud y el contexto; incluyendo aquellos procesos responsables de los cambios en el estado de salud, los patrones de comportamiento asociados con los eventos normales y críticos de proceso vital, los principios y leyes que gobiernan las etapas y procesos.

Surgieron tres clases de trabajo, bajo la perspectiva de Marriner A. En la primera menciona las Filosofías sobre Enfermería, la filosofía define el significado de los fenómenos observados por medio del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica por lo que en esta categoría se incluyen todos los trabajos que contribuyeron al desarrollo de los conocimientos de la disciplina de enfermería.

La segunda clase se refiere a los Modelos Conceptuales. En Enfermería son un marco de referencia para sus seguidores y se indica como han de observar e interpretar los fenómenos de interés dentro de la disciplina.

La tercera clasificación se refiere a las Teorías de Enfermería, las cuales se obtienen a partir de trabajos de otras disciplinas relacionadas con enfermería.

Cuando una teoría se desarrolla correctamente, podrá explicar su contenido, método y contexto ya sean únicos respecto a la enfermería, o compartidos.

Para fines de este estudio se seleccionó la filosofía de Virginia Henderson, por las características propias de ésta y su adaptabilidad a la población infantil.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo más conocido en España es el elaborado por Virginia Henderson, aunque ella considera su trabajo como una filosofía de Enfermería. Es una enfermera americana mundialmente conocida, nació en Kansas City Estados Unidos, en 1897, desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería de la Armada de Washington D.C. graduándose tres años más tarde.

Trabajó en el campo de los cuidados enfermeros desde 1939 hasta la década de los ochenta. Su primera obra “Principios básicos de los cuidados de Enfermería” ha sido publicada por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960 traducido a más de 20 idiomas. Cuenta con una amplia experiencia asistencial, sobre todo como ya se mencionó anteriormente en el área de pediatría, psiquiatría, docente e investigación, ha sido profesora de las Universidades de Columbia y de Yale.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

PERSONA.

Henderson pensaba que el paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y la familia conforman una unidad. Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades, considerando estas necesidades de forma conjunta, proporciona un enfoque holístico de la enfermería.

Necesidad es todo aquello que es esencial para el ser humano para mantenerse o asegurar su bienestar.

1. Respiración normal.

Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna).

2. Alimentación e hidratación adecuada.

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. Eliminación de los desechos corporales

Necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resulta del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

4. Movimiento y mantenimiento de posiciones adecuadas

Moverse y mantener una buena postura 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. Sueño y descanso

Debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

6. Necesidad de vestir prendas adecuadas

Necesidad de proteger al cuerpo de cambios de clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.

7. Mantenimiento de la temperatura corporal

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. Este debe conservar una temperatura más o menos constante la oscilación normal en el lactante sano se sitúa entre 36.1°C y 37.5 °C para mantenerse en buen estado.

8. Necesidad de higiene y protección

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 ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

9. Necesidad de evitar peligros ambientales

Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Necesidad de comunicarse

La necesidad de comunicar 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 unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. Vivir de acuerdo con sus creencias

Actuar según sus creencias y sus valores en una necesidad para todo individuo, hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

12. Necesidad de Trabajar y de realizarse.

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. Jugar o participar en actividades recreativas.

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.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.

Aprender es una necesidad para el 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.

Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con un componente biológico, psicológico, sociocultural y espiritual que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos.

ENTORNO

Incluye factores intrínsecos y extrínsecos a la persona. Incluyendo estos últimos a la familia. Las condiciones del entorno pueden afectar a la salud.

Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir dicha capacidad.

Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia.

SALUD

Henderson no dio una definición propia de salud pero la compara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas. Las personas que tengan una condición positiva de salud y bienestar normalmente podrán satisfacer estas necesidades por sí solas. Sin embargo, en momentos de enfermedad o en determinadas etapas de su ciclo vital niñez, embarazo, vejez y cuando se acerca la muerte puede ser que el individuo sea incapaz de satisfacer estos requisitos por factores físicos, psicológicos o sociales sin la ayuda de otras personas. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe, según Henderson a tres causas y que identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.

INDEPENDENCIA

Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Esta es una de las características importantes que impiden la práctica rutinaria, ya que será la enfermera (de acuerdo con sus conocimientos y experiencia) y el usuario en base a sus capacidades y la experiencia vivida quienes decidirán en cada caso si ésta ha alcanzado o no el óptimo desarrollo de su potencial.

DEPENDENCIA

Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por si misma, sin ayuda las acciones que le permitirían en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

Continuo dependencia/independencia

Existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena.

Independencia Dependencia

Nivel 0 Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5

La persona satisface por sí misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda Necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su

homeostasia, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.

Necesita a alguien para conseguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis. Debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento pero no puede participar mucho en ello. Debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello. La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello

FUENTE: Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros, un sistema integrado y personalizado. 1ª ed. México D.F: Mc Graw – Hill, 1999: p.17

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 con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.

FUENTES DE DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad:

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

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.

Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe mencionar que la presencia de las causas de dificultad o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, estos aspectos deberán ser importantes para la planificación de las intervenciones

correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) estará determinado por el grado de dependencia identificado.

Relación enfermera paciente

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

1. La enfermera como sustituta del paciente. En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”.
2. La enfermera como ayuda del paciente. Da apoyo al paciente para recuperar su independencia.
3. Como compañera y orientadora del paciente. La enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

ENFERMERÍA

Henderson definió enfermería en términos funcionales:

La única función de la enfermería consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite lograr independencia lo más rápidamente posible.

El rol de enfermería

Contempla las acciones propias de los cuidados, que no dependen de la prescripción médica. Virginia Henderson defendía el rol autónomo de la enfermera al señalar:

La enfermera ejerce funciones que le son propias.

Cuando trata de usurpar el rol del médico, descuida sus funciones y las delega en un personal menos calificado.

La persona y la sociedad esperan un servicio especial por parte de la enfermera. El ejercicio de la profesión de enfermería o enfermero se define como todo acto que tiene por objeto identificar las necesidades de las personas, contribuir a los métodos diagnósticos, prodigar y controlar los cuidados enfermeros que requieran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación, así como el hecho de prodigar cuidados conforme a una prescripción médica.

Relación con el equipo de salud.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no debe realizar tareas ajenas, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

4.3 EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Según Rosalinda Alfaro. (1993) El proceso enfermero «es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados». Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente.

El proceso se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales; durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

Proporcionar un marco para la planificación de los cuidados de enfermería

Personalizar los cuidados a fin de responder mejor a las necesidades de la persona.

Descubrir y maximizar los recursos de la persona, tanto los personales como los externos.

Planificar intervenciones que permitan mantener a la persona en una situación óptima de bienestar e independencia.

Coordinar el trabajo del equipo indicado lo que hay que hacer y quien lo debe hacer.

Asegurar la continuidad de los cuidados a pesar de los diferentes turnos de trabajo, los cambios de equipo y las sustituciones.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. El profesional de enfermería recoge datos mediante la entrevista, la observación y la exploración, con el propósito de identificar las necesidades, respuestas humanas o fisiológicas logrando el conocimiento integral de la persona o grupo

En este caso se emplea el instrumento de valoración clínica en niños de 0-5 años.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

1. Recolección de la información.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes primarias directas el usuario y su familia, amigos y otros profesionales son fuentes indirectas o secundarias. Indirectas expediente clínico y la biografía relevante.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: Subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc.).

Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: frecuencia cardiaca, el color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia del edema etc.).

Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario finalmente.

Los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y examen físico ambas se complementa, en consecuencia se pueden realizar de forma simultánea.

La Entrevista. Tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades.

La Exploración física. Es el examen del estado de salud de un paciente mediante procedimientos físicos comunes como la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

2. Validación de la información.

La validación evita interpretaciones erróneas, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

3. Registro de la información.

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y la exploración física, facilitando la prestación de una asistencia de calidad, proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia, además de formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

DIAGNÓSTICO.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes.

En 1990 la NANDA aportó la siguiente definición de diagnóstico de enfermería:

“Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o sociales a los problemas sanitarios reales o potenciales, o de procesos vitales. El juicio clínico es el acto de intelecto de emitir una apreciación, una opinión de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.

Así mismo la NANDA ha identificado cinco tipos de diagnósticos de enfermería:

Diagnóstico real: Los datos de la persona contienen evidencias de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico. Para escribirlos se aconseja un formato en tres partes (PES):

Problema + Factor relacionado (causa) + Datos objetivos y subjetivos

Diagnóstico de enfermería de alto riesgo: es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema.

Diagnóstico de riesgo (formulación en dos partes).

Se utiliza el formato PE (problema, etiología) o PR (problemas, factores relacionados de riesgo). Use “relacionado con” para unir el problema potencial con los factores relacionados.

Diagnóstico posible. Los datos de la persona no indican la presencia de características definitorias o factores relacionados del diagnóstico.

Diagnóstico de salud. Es el juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado. Para los diagnósticos de salud la etiqueta utilizada es “potencial de mejora de” o “potencial de aumento de”

Problemas en colaboración. Complicación fisiológica potencial o real. Se usa “CP” (complicación potencial seguido de dos puntos y luego se nombra la complicación potencial).

PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del Proceso Enfermero, consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

La fase de planeación consta de varias etapas:

- Determinar prioridades
- Establecer objetivos (resultados esperados)
- Determinar las actividades de Enfermería.
- Anotar el plan de cuidados de enfermería.

Al brindar cuidados de enfermería a individuos, familiar o grupos, se observará que los problemas, situaciones y prioridades pueden cambiar de día en día incluso en horas, utilizando el plan de cuidados, la enfermera puede individualizar los cuidados del paciente y, al mismo tiempo, asegurar que estos sean coherentes entre las distintas enfermeras en los diferentes turnos.

Establecer objetivos es una parte necesaria, pues es importante asegurar que todos saben lo que se pretende conseguir y cuándo.

Los objetivos se encaminan a eliminar la causa, pero también deben expresar disminución o eliminación del problema. Al formular objetivos, éstos deben ser

específicos e indicar no sólo lo que pretende hacer sino también quién lo hará cuándo, cómo, dónde y en qué medida se hará.

El resultado proyectado ha de ser observable y medible, de modo que se pueda evaluar el proceso de atención. En términos generales, la finalidad de las actividades de enfermería deben ser: promover la salud, mantener la salud, restablecer la salud, prevenir las complicaciones y procurar un bienestar físico psicológico y espiritual óptimo.

EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del Proceso Enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados. Está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Los pasos de la ejecución son:

Preparación. Revisar las intervenciones y las actividades propuestas con el fin de determinar si unas aún son apropiadas en la situación actual del usuario, preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas. Las acciones de enfermería pueden ser de tres tipos:

Independientes: es la actividad que inicia la enfermera con base en sus conocimientos y habilidades.

Dependientes: son las que se practican por una indicación médica con supervisión de este y según normas de la institución.

Interdependientes: Son las que efectúan las enfermeras en coordinación con otros profesionales de la salud o a raíz de decisiones conjuntas de una y otros.

Documentación. Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación y registrarlos.

Intervención. Registrar en el plan de cuidados del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de este permitiendo una continuidad del cuidado de enfermería las 24 hrs.

EVALUACIÓN

Esta es la última etapa del proceso enfermero determina la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.

Es un juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitiendo en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos. Tiene como finalidad principal asegurar unos cuidados de calidad verificando continuamente la eficacia de las intervenciones permitiendo verificar la consecución de los objetivos, emisión de un juicio, valoración de la situación actual, mantenimiento y modificación del plan de cuidado.

Para asegurar el control completo de las prácticas de cuidados de la salud, deberá considerarse tres tipos de evaluación:

Evaluación de los resultados. Se centra en los resultados u objetivos de los cuidados.

Evaluación del proceso. Se centra en cómo se brindaron los cuidados.

Evaluación de la estructura. Se centra en el entorno en el que tienen lugar los cuidados.

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El modelo de Henderson como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

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

El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

Las causas de la dificultad en tal satisfacción

La interrelación de unas necesidades con otras

La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia con base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación

de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

Finalmente en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, de acuerdo con la causa de dificultad identificada ya que según esta autora nuestra muestra es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto significa que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

4.4 DAÑO A LA SALUD

SINDROME NEFRÓTICO

Es un padecimiento de los más frecuentes entre las nefropatías de los niños, y requiere de control cuidadoso y prolongado de los pacientes.

Es la asociación de proteinuria masiva, hipoalbuminemia, hipercolesterolemia, oliguria y edema.

CLASIFICACIÓN

Síndrome nefrótico primario

- Cambios mínimos (CM)
- Esclerosis focal y segmentaria
- Proliferación mesangial difusa
- Membranosa, membranoproliferativa (infrecuentes)

Síndrome nefrótico congénito

- Riñón microquístico
- Esclerosis mesangial

Síndrome nefrótico secundario

- Infecciones (citomegalovirus, virus de Epstein – Barr, hepatitis B y C)
- Fármacos (antiinflamatorios no esteroides)

Enfermedades sistémicas: lupus eritematoso sistémico, púrpura de Schönlein – Henoch
Diabetes Mellitus
Tumores

INCIDENCIA

La edad de aparición es entre los 2 y 8 años. Poco frecuente en menores de 2 años y predomina en varones.

El Síndrome Nefrótico del primer año de vida, en general corresponde a formas congénitas. La forma más frecuente es el síndrome nefrótico primario.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En la forma idiopática, el padecimiento se inicia por edema de los párpados y miembros, que aumenta rápidamente hasta llegar en muchos casos a la anasarca, o sea con derrame pleural y ascitis. Naturalmente coincide con oliguria severa, ocasionalmente con hematuria macroscópica e hipertensión arterial.

DIAGNÓSTICO

Proteinuria de +3 ó +4; a veces se detecta microhematuria. La excreción de proteinuria excede de 2 g/dL

La Inmunoglobulina G está baja y la Inmunoglobulina M e Inmunoglobulina E se encuentran elevadas.

Azoados: generalmente están normales

Función renal puede encontrarse normal o reducida

Biopsia renal

Exámen general de orina y proteínas de 24 hrs

Creatinina, albúmina, colesterol y triglicéridos

Relación Creatinina/proteína (0.1-1) Perfil inmunológico: Anticuerpos antinucleares, anticuerpos circulantes contra el citoplasma de los neutrófilos, fracciones del complemento (C3, C4) e inmunoglobulinas.

El curso de la enfermedad es crónico, evoluciona por recaídas en un 70-90% de los casos.

TRATAMIENTO

Dieta con restricción de líquidos, sodio (Na) (entre 1 y 2 gr. al día), potasio (K), proteínas normales y bajo en grasas

Diurético: Furosemide, espirinolactona

Corticoides: Metilprednisolona 48 mg/m²/día por 4 – 6 semanas (días continuos) y 4-6 semanas días alternos.

Corticorresistente: no desaparece la proteinuria luego de finalizar el tratamiento. Está indicada una punción por biopsia renal.

Tratamiento de las infecciones: según germen aislado y antibiograma. Para tratar las peritonitis primarias, en general, se utiliza como primer esquema antibiótico: penicilina + gentamicina.

Administración de calcio y vitamina D para prevenir la osteopenia por la corticoterapia prolongada.

COMPLICACIONES

Infecciones: respiratorias, cutáneas, gastrointestinales, peritonitis primaria y urinarias.

Insuficiencia renal crónica

Insuficiencia renal terminal

Existen varios tipos de Glomerulonefritis entre las cuales se pueden distinguir, con criterio clínico, las agudas (GNA), las crónicas (GNC) y las llamadas de curso rápido

GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

El término rápidamente progresivo describe la evolución clínica de las distintas formas de glomerulonefritis cuya anomalía común consiste en la presencia de semilunar en la mayoría de los glomérulos. La mayoría de los casos consiste en una progresión rápida hacia la Insuficiencia Renal Terminal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cuadro clínico se caracteriza por proteinuria moderada pero constante, hematuria microscópica y en ocasiones macroscópica, e hipertensión arterial. La evolución es progresiva y prolongada, y conduce invariablemente a la Insuficiencia Renal Aguda, generalmente después de un episodio nefrítico o nefrótico de carácter agudo.

DIAGNÓSTICO

Estudio serológico correspondiente (títulos de anticuerpos antinucleares, fracción del complemento (C3) y antidesoxiribonucleotidasa.

Anticuerpos circulantes contra el citoplasma de los neutrófilos (ANCA).

Se confirma mediante biopsia renal.

TRATAMIENTO

Prednisona y azatioprina en la nefritis rápidamente progresiva del lupus y de la púrpura de Henoch-Shonlein ha resultado eficaz.

Tratamiento combinado a base de metilprednisolona en pulsos, ciclofosfamida por vía oral y plasmaféresis o lifocitoféresis.

La mayoría de los enfermos con episodio nefrítico o nefrótico presentan:

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.

Esta se define como una declinación súbita en la función renal que produce retención de los productos nitrogenados terminales del metabolismo.

En México ocupa el cuarto lugar en hombres y el 10º lugar en mujeres con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud.

La SSA destacó a la insuficiencia renal con una tasa de 9.8 por 1000 habitantes, ocupa la 9ª causa de muerte en el país, realizada en colaboración por el INP y la OMS.

La pobreza e insalubridad favorecen la contaminación del aire y alimentos, y por lo tanto las infecciones que pueden producir enfermedad grave y ocasionalmente sepsis y facilitar el inicio de Insuficiencia renal aguda.²⁷

CLASIFICACIÓN

Causa	Factor precipitante
a) Oliguria y/o uremia prerrenal	
Vol. urinario de 0.75ml/kg/h	
Volumen intravascular reducido	Hemorragia, pérdidas gastrointestinales excesivas, pérdidas al tercer espacio, insuficiencia hepática.
Disminución del gasto cardíaco	Choque cardiogénico, infección

²⁷ Martínez, Martínez. La salud del niño y del adolescente. 5ªed. México, D.F.: Manual Moderno, 2005: p.p. 1058 -1061.

b) Posrenal

Oliguria (menos de 1ml/kg/h)

Uropatía obstructiva.

Tumores, hemorragia, fibrosis, cálculos

c) Renal

Necrosis tubular aguda (NTA)

Nefrotoxinas

Enfermedades glomerulares

Enfermedades tubulares

Enfermedades vasculares

Isquemia renal, choque

Antibióticos, medios de contraste, etc.

Glomerulonefritis rápidamente progresiva, insuficiencia renal crónica sobre aguda

Acido úrico, mieloma, necrosis papilar, nefritis intersticial

Trombosis arterial

FUENTE: Behrman ER, Kliegman MR, Jenson BH. Nelson. Tratado de Pediatría. 16ª ed. México, D.F.: McGraw - Hill Interamericana, 2001: p.p. 1754.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Volumen urinario

Oliguria 12 ml/m²/hora ó 0.5 ml/kg hora en lactantes

Retención nitrogenada

Creatinina 0.5 a 1.0 mg/dL (indica reducción importante de la filtración glomerular)

Alteraciones del equilibrio hídrico:

Hipervolemia

Hipovolemia

Hipertensión arterial

Alteraciones del metabolismo del sodio potasio, calcio, fósforo

Ateraciones del equilibrio ácido-base (acidosis metabólica)

DIAGNÓSTICO

Interrogatorio. Se puede presentar: deshidratación, hipoxia, tóxicos, diarrea con sangre, faringitis o piodermítis previas, antibióticos o agentes nefrotóxicos, transfusiones, procedimientos con sustancias de contraste radiológico, enuresis, nicturia, trastornos miccionales, etc.

Otras manifestaciones son:

- Oliguria menor a 0.8 ml/7hr
- Incremento de creatinina, urea mayor 10 mg/día
- Edad del paciente
- Examen físico; deshidratación, edemas, globo vesical, palidez, ictericia, petequias, etc.
- Presión arterial aumentada
- Densidad urinaria
- Tiras reactivas en orina y sedimento urinario
- Exámenes de laboratorio: urea plasmática, creatinina plasmática, estado ácido-base, ionograma urinario, ionograma plasmático, etc.
- Radiografía de tórax para evaluar tamaño cardíaco

Tabla I. Índices diagnósticos de oliguria/uremia prerenal y renal en niños y recién nacidos.

	Prerenal		Renal	
	Niños	RN	Niños	RN
Na	<10	<20	>40	>50
FeNa	<1	<2,5	>2	>3
Osm	>500	>350	<200	<300
Urea /Cr	>40		↑ Cr pl 0,5mg %/día	
U/P Osm	> 1,5	>1,2	<1,1	<1,1

Fuente: Elías- Costa C. Insuficiencia renal aguda. Rev. Hosp. de Niños "Ricardo Gutiérrez" 2001; 43(195):285

TRATAMIENTO

- ➔ Ante anuria: no transfundir y no administrar potasio

Líquidos: 300 ml/m²SC/d más el gasto urinario cada 8 h; se aumentan cuando hay pérdidas: sean insensibles o no. Se disminuye si hay retención de líquidos, antibióticos en caso necesario.

Peso diario: hidratado y en balance; al confirmarse insuficiencia renal aguda parenquimatosa, debe disminuir 0.5 a 1% de peso diario.

La pérdida de sodio debe reemplazarse con bicarbonato de sodio 1 mEq/lt, sobre todo si tiene acidosis.

Calorías: 400 cal/m²

Si hay riesgo o sospecha de hipercaliemia realizar electrocardiograma y potasio sérico, si la hipercaliemia no se corrige, diálisis peritoneal.

Si hay hipocalcemia, hiperfosfatemia o ambas usar, calcio, 50mg/kg/d más hidróxido de aluminio, 100 mg/kg/día

Si presenta hipertensión arterial, furosemida, de 2 a 4 mg/kg/d de 1 a 3 dosis, si no disminuye nifedipina, de 0.3 a 0.9 mg/kg/ dosis, restricción de sodio

En caso de convulsiones difenilhidantoina 5 a 7 mg/kg/d

En caso de anemia, hematocrito de 20 o menos, transfusión lenta (1 ml/kg/h) de paquete globular a 10 ml/kg.

Valorar biopsia renal en caso de asociación con otros síndromes nefrótico o nefrítico

Diálisis peritoneal, sus indicaciones son: acidosis metabólica severa y persistente con riesgo de hipernatremia o ya instalada, hipercaliemia (> 7 mEq/L con datos de electrocardiograma), hipernatremia (>15° mEq/L) en oligoanuria y sin respuesta al diurético, hipertensión arterial sin respuesta al tratamiento.

Hemodiálisis en caso de contraindicación para la diálisis.

V. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de caso estuvo basado en los principios éticos de:

Beneficencia y no maleficencia. Entendidas como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. En todo momento se evitó el mal y se previno, mediante intervenciones oportunas y eficaces que previnieran o detectaran oportunamente complicaciones. Se promovió el bien al utilizar de manera adecuada los métodos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación necesarios para el bienestar del niño.

Justicia. La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos; sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico que se traduce en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Al niño se le brindó satisfacción de necesidades básicas en el área biológica, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano, utilizando recursos de manera equitativa y sin distinción de la persona.

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.

Se consideró al niño y a sus padres como seres libres, tomando en cuenta sus decisiones y tuvieron la libertad de participar de manera voluntaria, previa autorización verbal y escrita de la madre mediante el consentimiento informado, para la elaboración del estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La Ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Así como 20 y 21 en los artículos

del mismo reglamento informando sobre el propósito del estudio y los beneficios que éste puede aportar en la capacitación del personal.

En este caso por tratarse de un paciente pediátrico se les considera como menores y, se solicita a los padres o tutor legal del paciente la autorización con consentimiento antes de realizar un tratamiento o procedimiento al niño.

Por lo siguiente se quiere decir que no es un documento con el fin de llenar un requisito legal. Es una respuesta inteligente al dilema que subyace entre la autonomía del paciente y la utilidad social de los resultados de la captación de impulsar la relación enfermera-paciente puesto que la participación de los individuos como sujetos de investigación médica y de enfermería se da más por la confianza que tiene en un profesional de la salud que por la información que recibe al respecto de los proyectos. El consentimiento informado es voluntario al sujeto humano.

El consentimiento informado se llevo acabo proporcionándole información de las actividades realizadas, durante el proceso de hospitalización. Obteniendo su conformidad mediante un formato, anexada al final del estudio de caso.

De este modo la atención de enfermería debe ir encaminada a mejorar y mantener la calidad de vida del niño, tomando en cuenta sus condiciones físicas, psicológicas y espirituales.

VI. METODOLOGÍA

6.1 ESQUEMA METODOLÓGICO

El primer paso fue la selección del caso, realizándose en el servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría.

Se solicitó a la madre autorización para realizar el estudio de caso clínico, el cual incluiría valoraciones diarias, así como cuidados específicos, mostrando una hoja de consentimiento informado para estudio, además de la firma de la madre, como la de testigos y la del responsable del estudio. Se incluye el formato de consentimiento informado al final del estudio de caso en los anexos.

Se realizó una revisión bibliográfica, de las necesidades y del Proceso de Enfermería, así como del problema de salud.

La obtención de la información necesaria para la elaboración del presente estudio se llevo a cabo utilizando el método enfermero, mediante fuentes directas e indirectas.

Fuentes directas: por medio de la exploración física, utilizando la observación, palpación, auscultación y percusión. La valoración general se llevó a cabo en el servicio de Nefrología, en los meses de Noviembre y Diciembre del 2005.

Fuentes indirectas: Mediante la entrevista realizada a la Madre de Erick, el expediente clínico, resultados de laboratorio y gabinete, consultas bibliográficas y hemerográficas, referentes a la patología y las intervenciones de enfermería.

El instrumento utilizado para el registro de datos fue el instrumento de valoración para niños de 0 a 5 años, proporcionado por la coordinación de la especialidad, el cual incluye:

Datos demográficos, antecedentes familiares, orientación a la familia, antecedentes personales patológicos y no patológicos y la evaluación de las catorce necesidades.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: G. S. E. EDAD. 1 10/12 PROCEDENCIA. D.F.

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR: Madre.

SEDE: I.N.P. SERVICIO: Nefrología

REGISTRO: 442905/N

FECHA DE REVISIÓN: 21/Nov./2005.

OXIGENACIÓN.

Se observa nariz central y permeable, faringe con ligera hiperemia y edema.

Tórax: Cilíndrico simétrico. Campos pulmonares con entrada y salida de aire se explora sin ninguna complicación, ventilación irregular en ritmo y frecuencia, tos esporádica, frecuencia respiratoria 26 por minuto, ruidos cardiacos rítmicos de buena frecuencia e intensidad. Frecuencia cardiaca 120 por minuto. Presión arterial que oscila entre 120/80 y 100/70. Perímetro cefálico 46.5 cm. Nebulizador: 40% con mascarilla.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Durante su crecimiento y desarrollo es alimentado al seno materno por 1 año 2 meses, ablactación 4 meses con pastas y Gerber, integración a dieta familiar al año. Actualmente realiza 2 comidas al día deficientes en calidad y deficientes en cantidad.

Al ingreso se encuentra con un peso de: 10,075 kg. Talla: 76 cm Perímetro abdominal: 52.3 cm., alimentación oral de 1200 calorías, proteínas 30gr., sodio 0.5gr., potasio normal y líquidos totales de 400 ml. (Queda pendiente potasio hasta valorar uresis). La mamá refiere que no acepta dieta, se insiste para que ingiera dieta, tolera 60 gr., presenta nauseas y vómito del medicamento por la mañana por la tarde se reporta 0 gr de ingesta ingiriendo 55 ml de líquidos en 24 hrs., mostrándose quejumbroso, no se reportan alergias a los alimentos por parte de la mamá.

A partir de las 10:00 am ayuno hasta nueva orden.

13.31:00 hrs

Exámenes de laboratorio:

Glucosa 91 mg/dl , Fósforo 12.3 4.2, Na 140 mmol/L, Mg 2.1, Na 133, K 5.4, Cl 106

ELIMINACIÓN

Abdomen: Globoso a expensas de ascitis ++++ signo de la ola positivo, sensibilidad al tacto, con dificultad para escuchar peristalsis debido a la ascitis que presenta, se observan huellas de rascado.

Genitales: de acuerdo a su edad y sexo. Con presencia de edema escrotal así como en pene (++++), orina 30ml en 8 horas, concentrada, turbia, con sedimento, sangre

microscópica, con anuria en días previos, 20 ml reportados en el turno vespertino y 50 en el 3er turno, heces semilíquidas de color café pastosa 50 gr., con moco, orificio anal permeable.

Exámenes de laboratorio:

13.31:00 hrs

BUN 205, Creatinina 2.8, Ac úrico 15.4, urea 513.6, Sodio urinario 5 mEq/L, proteínas 1500/dL, Albumina 1.5

Reporte de cultivos tomados el día 19-11-05.

Urocultivo positivo. + 100,000 UFC/ml *Proteus mirabilis*, 20,000 UFC/ml *Enterococo avium*

Coproparasitoscópio. Negativo para parásitos

Coprocultivo, pendiente resultado

Procedimientos y exámenes diagnósticos:

A las 14:00 hrs se prepara paciente para pasar al clínico a colocación de catéter agudo se le pasan tres baños de entrada por salida, posterior una de media hora.

Se obtiene líquido amarillo claro, sin embargo presenta disfunción por lo que se retira, siendo necesario recolocar catéter rígido con buen funcionamiento.

Se toma Biopsia renal percutánea (Reporte muestra inadecuada), se inicia bolos de metilprednisolona sin ningún resultado por lo que se inicia prednisona, se programa 2da biopsia.

REPOSO Y SUEÑO.

La madre refiere que en casa duerme aproximadamente 11 horas, sin luz, sin música, duerme siesta de una a dos horas de 15:00 a 17:00 hrs.

Durante la entrevista se observa hipo activo, somnoliento adinámico e irritable, se cubre con la sabana para evitar la luz, no ha tenido un sueño reparador, duerme a ratos facies de dolor que se intensifican durante la infusión de diálisis. Respuesta pupilar normal.

VESTIDO.

Ropa de vestir adecuada para su edad, no siendo así para uso hospitalario, las playeras son cerradas dificultando su colocación y el manejo de los dispositivos como son el catéter periférico venoso y catéter de tenckhoff, se observa dificultad para vestirse

debido a debilidad presente y llanto agudo. Ropa insuficiente, cuenta únicamente con dos mudas.

TERMORREGULACIÓN.

Temperatura: 37.2

El lactante es sensible a los cambios de temperatura, principalmente por las noches, a referir de la mamá, en caso de presentar fiebre esta es controlada con tempra. Se palpa piel fría.

MOVIMIENTO Y POSTURA.

En cuanto a su desarrollo psicomotriz se sentó a los 7 meses y caminó a los 16 meses.

Lactante en reposo absoluto en posición de decúbito lateral izquierda con flexión de rodillas, miembros superiores con fuerza y movilidad disminuida, edema bilateral.

Miembros inferiores. Con edema bilateral (+++++) pulsos distales presentes, con variaciones del ritmo cardíaco (130) T/A (130/98) relacionado con el movimiento, llenado capilar de 2 segundos piel fría y pálida sin cianosis, con resequedad.

COMUNICACIÓN.

Responde al tacto y a la orden verbal, sonrisa social a los 3 meses, bisílabos al año de vida y articula sus primeras palabras al año cuatro meses. Socializa exclusivamente con los padres y tío, consideran que su hijo es enojón, cuando hace berrinche llora para llamar la atención, para dar solución a esta actitud la mamá habla con él y en ocasiones le llama la atención.

A la exploración se encuentra irritable, hipo activo al interrogatorio con nula articulación de palabras, mostrándose indiferente.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE TEGUMENTOS.

En casa acostumbra el baño cada tercer día durante el medio día, le gusta el baño y cepilla los dientes.

Ingreso. Baño diario, a la hora de bañarlo se observa resistencia con llanto agudo. Se observa piel limpia, reseca, escamosa, brillante, principalmente abdomen y miembros inferiores, edema de (+++++) y huellas de rascado.

RECREACIÓN.

Le gusta que lo levanten en brazos, escuchar música, tiene como preferencia realizar juegos con movimiento como la pelota, juguetes con sonido, juega con la mamá.

Paciente hipo activo y somnoliento con reposo absoluto por lo que se ve limitada la recreación.

RELIGIÓN.

La familia practica la religión católica, tiene interés por mantener las imágenes de los santos en la cuna que son parte de sus creencias.

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

La familia a consultado con otros profesionales de la salud sobre la enfermedad de su hijo, al ingreso al hospital la mamá ha tenido que programar sus visitas en el hospital siendo necesario dejar su trabajo, y así cubrir las necesidades de su hijo ya que no cuentan con familiares en la ciudad que les apoyen, el papá es quien solventa los gastos de la familia. Los principales miedos sobre la enfermedad del paciente es que le digan que ya no funcionen sus riñones o que tengan que operarlo expresando tristeza e inseguridad ante la atención que requiere el niño, además de los gastos de hospitalización. Vacunas completas de acuerdo a la edad.

APRENDIZAJE.

Esta necesidad se enfocó al cuidador primario, los conocimientos que posee la mamá sobre la enfermedad, es que puede ser una enfermedad muy grave y costosa, es lo que ha escuchado, pero manifiesta que realmente desconoce de la enfermedad, tiene la esperanza de que su hijo se recupere.

REALIZACIÓN.

Las aspiraciones que tiene la mamá del niño son que su recuperación sea rápida y que crezca sano para que pueda estudiar y formar una familia cuando sea grande.

El niño no hace amistad con otros niños, únicamente convive con adultos que son sus padres.

Fuente. Entrevista realizada a la mamá del lactante.

TRATAMIENTO MÉDICO.

Furosemide 40 mg V.O. C/12 hrs

Bactrim 30 mg V.O. C/12 hrs

Prednisona 10 mg V.O. C/24 hrs

Nifedipino 6 mg PVM

Vitamina k 5 mg IV C/24 hrs

Sol Glucosada a 5% 70ml

BIC Na 70 ml P/24 hrs 6 ml por minuto

Diálisis peritoneal. Realizar 5 recambios de entrada por salida sol al 1.5% vol.
300 ml + 500 UI de heparina/litro.

Continuar con diálisis 1.5 vol. 300 con estancia en cavidad de 30 minutos y 500
U de Heparina /litro.

Paracetamol 120 mg VO.

Una vez obtenidos los datos de la valoración se presentan los cuadros de dependencia e independencia detectados en el paciente, es decir:

Manifestaciones de independencia. Conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas y suficientes para satisfacer las necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia. Conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan incorrectos, inadecuados o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas.

6.3 CUADROS DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA

a) NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

INDICADORES

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

Respira libre por la nariz

Reflejo de tos presente

Mucosidades blanquecinas en pequeña cantidad

Frecuencia respiratoria 32

Ritmo irregular disnea en posición de decúbito dorsal y a grandes esfuerzos.

Respiración rápida y profunda.

Tos

Mucosa faríngea con ligera hiperemia y edema.

HCO₃ 6.7 m Eq

Nebulizador con oxígeno suplementario al 60%

Nivel 3: dependencia temporal

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.

España: MC Graw Hill, 1999

b) NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

INDICADORES

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

Mucosa bucal íntegra

Encías íntegras y adheridas a los dientes

Masticación lenta.

Reflejo de deglución

Hábitos alimenticios:

Dos comidas al día

Peso: 10,075 Kg. Talla 76 cm.

Náuseas - Vómito

Anorexia

Rechazo a alimentarse

Debilidad

Dolor

Dieta: 1200 cal prot. 30 gr. Na 05 gr K 0-5 gr. 400 ml de líquido total

Incapacidad para alimentarse solo

Repulsión hacia los alimentos

Sed intensa

Piel reseca

Ayuno hasta nueva orden

Nivel 5: Dependencia total

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.

España: MC Graw Hill, 1999

c) NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

INDICADORES

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

Heces: Café

Presencia de movimientos peristálticos.

Orina concentrada y con sedimento

Oliguria, 100 ml en 24 hrs., con tendencia a anuria.

Hematuria microscópica

Albúmina 1.5 g/dl

Creatinina 3.6 mg/dL

Sodio urinario 5 mEq/L

Potasio urinario 34 mEq/L

Proteínas 1500/dL

Ácido úrico de 15.4 BUM 240 mg/dl

UROCULTIVO (+)

□ 100,000 UFC/ml *Proteus mirabilis*

20,000 UFC/ ml *Enterococo avium*.

Anasarca.

Sed intensa

Ascitis

Dolor abdominal

Nivel 5: Dependencia total

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.
España: MC Graw Hill, 1999

d) NECESIDAD DE MANTENER UNA BUENA POSTURA

INDICADORES

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

Su sistema músculo esquelético mantiene movilidad articular, extremidades inferiores y superiores con adecuado llenado capilar, pulsos periféricos presentes. Frecuencia cardiaca 120 – 140

Hipertensión arterial 150 /100

Dificultad de moverse

Posición antiálgica

Posición de decúbito lateral y dorsal por la presencia de ascitis, anasarca y debilidad.

Dolor a la movilización

Reposo absoluto

Fatiga

Incomodidad

Nivel 3: Dependencia temporal

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.
España: MC Graw Hill, 1999

e) HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

INDICADORES

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

Baño

Boca integra

Uñas integra

Ojos limpios, y ausencia de secreciones

Presencia de hematomas en sitios de punción de brazos.

Cambios frecuentes de Catéter para diálisis

Piel reseca con huellas de rascado y eritema en zona inguinal

Palidez de tegumentos

Edema generalizado ++++

Intolerancia al baño

Nivel 4 Dependencia temporal

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.

España: MC Graw Hill, 1999

f) NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

DEPENDENCIA

Dificultad para dormirse

Irritabilidad

Ojos ojerosos

Palidez de tegumentos

Apatía

Fatiga

Factores externos (luz, ruido, manejo del personal).

Nivel 3: Dependencia temporal

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.

España: MC Graw Hill, 1999

g) NECESIDAD VESTIRSE Y DESVESTIRSE

INDICADORES

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

Capacidad para vestirse y desvestirse: coopera moviendo el brazo y la pierna para ayudar a vestirse.

Sus creencias no afectan su manera de vestir Debilidad

Ropa inadecuada (angosta) por la presencia de anasarca

Ropa insuficiente por falta de recursos económicos condicionando dificultad para mantener ropa confortable suficiente y limpia.

Presencia de catéter por herida quirúrgica.

Nivel 3 Dependencia temporal

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed. España: MC Graw Hill, 1999

h) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

INDICADORES

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

SEGURIDAD FÍSICA

Medidas de prevención de accidentes, de infecciones, y de agresiones del medio

SEGURIDAD SOCIOLÓGICA

Temperatura ambiental de 25 °C

Irritabilidad

Aumento de la sensibilidad al dolor durante la administración de la solución de diálisis.

Ansiedad al medio hospitalario, y a los procedimientos quirúrgicos: biopsia renal, instalación de catéter para diálisis recurrentes.

Llanto

Herida quirúrgica y sitio de inserción del catéter cubierto con gasa húmeda, dolor a la palpación.

Nivel 4: Dependencia temporal

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed. España: MC Graw Hill, 1999

i) NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

INDICADORES

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

Factores biológicos: funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos; agudeza visual auditiva, olfato y del gusto, sensibilidad táctil.

Expresión no verbal: movimientos, posición y gestos de las manos, cara expresiva, mirada significativa.

Factores psicológicos

Utilización adecuada de los mecanismos de defensa

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.

España: MC Graw Hill, 1999

j) NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

Utilización de imágenes religiosas en la cuna. Llanto

Enojo

Ansiedad

Sobreprotección

Nivel 2: dependencia parcial

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.

España: MC Graw Hill, 1999

k) NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE

DEPENDENCIA

Poco interés en actividades habituales o nuevas

Apatía

Debilidad física

Nivel 2: Dependencia parcial

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.

España: MC Graw Hill, 1999

l) NECESIDAD DE RECREACIÓN

DEPENDENCIA

Aspecto triste y abatido

Sentimiento de desaliento

Llantos

Perturbaciones del sueño

Debilidad física

Nivel 2: Dependencia parcial

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.
España: MC Graw Hill, 1999

m) NECESIDAD DE APRENDER

INDEPENDENCIA DEPENDENCIA

Expresión de deseo de aprender por parte del cuidador primario (mamá).

Manifestaciones de aprender.

Adquisición de conocimientos. Conocimientos insuficientes (cuidador primario):

De la enfermedad de Erick

De las medidas preventivas

Del tratamiento

Dificultad para aprender las medidas preventivas.

Déficit de conocimientos relacionadas con el manejo de catéter peritoneal

Miedo a realizar los procedimientos.

Nivel de dependencia 3

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf. Cuidados de Enfermería. 1ª ed.
España: MC Graw Hill, 1999

6.4 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

Para la jerarquía de prioridades se establecieron los siguientes criterios:

Prioridad I. Los que comprometan la vida y la función

Prioridad II. Los que comprometan alguna función orgánica

Prioridad III. Los que comprometan cualquier tipo de interacción social

En seguida se presenta un cuadro con las prioridades de cada necesidad afectada.

IDENTIFICACIÓN	NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS	DE	ENFERMERÍA
CAUSA DE LA DIFICULTAD		RESOLUCIÓN		

21/Nov./05 Prioridad 1

ELIMINACIÓN Alteración de la eliminación urinaria relacionada con disfunción en los mecanismos reguladores del filtrado glomerular manifestado por náuseas, vómito anasarca, hipertensión (130/98), oliguria (.3 ml/kg/hr), Creatinina 4.2, potasio 5.7, nitrógeno ureico sanguíneo 24.2, bicarbonato 6.7 y fosfato 12.3

Falta de fuerza

Largo plazo 28/Dic./05

21/Nov./05

Prioridad 2

OXIGENACIÓN

Función respiratoria ineficaz relacionada con la inmovilidad y presión del líquido peritoneal manifestada por uso de músculos accesorios de la respiración, tos variaciones en la frecuencia cardiaca e hipertensión y facies de dolor en la movilización.

Falta de fuerza

Corto plazo 22/Nov/05

21/Nov./05 Prioridad 3

NUTRICIÓN Alteración de la nutrición por defecto relacionada con ingesta calórica inferior a la necesaria manifestado por bajo peso para la edad, náuseas, vómito rechazo de la dieta, debilidad, palidez de tegumentos y piel seca.

Falta de fuerza

Falta de conocimiento.

Largo plazo 28/Dic./05

21/Nov./05 Prioridad 4

DESCANSO Y SUEÑO Alteración del patrón del sueño relacionado con factores externos como: luz, ruido manejo del personal manifestado por llanto, irritabilidad, fatiga y dificultad para conciliar el sueño. Falta de

Fuerza

Corto plazo 28/Nov/05

21/Nov./05 Prioridad 5

MOVIMIENTO Y

POSTURA Intolerancia a la actividad relacionada con debilidad de extremidades manifestada por llanto agudo, variaciones en la frecuencia cardiaca (130) y presión arterial (130/98) a la movilización, postura encogida disminución del tono y fuerza muscular de las extremidades. Falta de

Fuerza

Mediano plazo 14/Dic/05

21/Nov Prioridad 6

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL Deterioro de la integridad cutánea del abdomen y miembros pélvicos relacionado con acumulo de sustancias tóxicas en el organismo, cambios de elasticidad y falta de lubricación manifestado por piel reseca, escamosa, prurito, y huellas de rascado. Falta de fuerza y falta de conocimiento.

Corto plazo 28/Dic/05

21/Nov./05 Prioridad 7

EVITAR PELIGROS

Alto riesgo de infección relacionado con el acceso a la cavidad peritoneal, punto de salida del catéter, herida quirúrgica y terapia inmunosupresora. Falta de fuerza.

Falta de conocimientos.

21/Nov./05 Prioridad 8

APRENDIZAJE

Falta de conocimientos del cuidador primario relacionado con limitación cognitiva de los fundamentos del tratamiento manifestado por angustia y temor. Falta de

Conocimien-to

Mediano plazo 28/Dic./05

A continuación se presentan los planes de intervención con la jerarquía y prioridad de los diagnósticos.

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

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: E. G. S. EDAD: 1 año 10 meses SEXO: Masculino.

REGISTRO: 442905/N

ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración de la eliminación urinaria relacionada con disfunción en los mecanismos reguladores del filtrado glomerular manifestado por náuseas, vómito, anasarca, hipoactividad, hipertensión (130/98), oliguria (.3ml/kg/hr), Creatinina: 4.2, K 5.7, nitrógeno ureico sanguíneo 240.2, bicarbonato 6.7 y fosfato 12.3.

OBJETIVO. La persona mantendrá un equilibrio hídrico, respetando los cambios pactados por el equipo de salud durante la fase aguda de la enfermedad.

Grado de Independencia - dependencia: 5

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

Independientes

a) Vigilar los signos de hipervolemia:

Aumento de peso

Aumento de la tensión arterial y del pulso, distensión de las venas del cuello.

Edema postural (periorbitario, pedio, sacro)

Ruidos respiratorios accesorio

b) Vigilar signos y síntomas de la acidosis metabólica.

Interdependientes.

c) Colaborar en la instalación del sistema de diálisis peritoneal.

Independientes

d) Preparar al paciente desde el punto de vista emocional y físico para el procedimiento

e) Medir y registrar el peso antes del procedimiento y cada 24 hrs a partir del mismo, con la misma báscula y a la misma hora, y registrar los datos obtenidos. Peso: 12.400 Kg.

f) Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.

g) Monitorizar constantes vitales, y la respuesta del paciente durante la diálisis.

Dependientes

h) Realizar diálisis peritoneal 3 cambios de entrada por salida sol al 1.5% vol. 300 + 500 de heparina/ litro de acuerdo a prescripción médica.

Continuar c/diálisis 1.5 % vol. 300 y 500 U de heparina /litro con estancia en cavidad de 30 min

i) Registro exacto de balance de líquidos.

j) Administrar y vigilar la medicación prescrita por médico:
Furosemide 60 mg intravenoso.

k) Nifedipina 6 mg previa valoración médica.

l) Bicarbonato de sodio 70 meq intravenoso pasar en 30 minutos.
Bicarbonato de sodio intravenoso 55 meq. + 55 de sol glucosada al 5% para 24 horas.

m) Apoyar en la extracción de muestras para laboratorio (nitrógeno en urea en sangre, creatinina en suero y niveles de Na, K y Po4.

n) Monitorizar los valores de la gasometría en sangre arterial y el pH de la orina.

a) La fase oligúrica de la insuficiencia renal aguda dura, normalmente de 5 a 15 días y se asocia al exceso de líquidos. Los cambios producen una disminución de la filtración glomerular, del transporte tubular de sustancias de la formación de la orina y de la depuración renal.

(Heitkemper-Dirksen, 2004:1246).

b) La pérdida de bicarbonato tiene lugar cuando el riñón reduce su absorción. La hiperpotasemia y la disminución de los niveles de bicarbonato agravan la acidosis metabólica.

(Carpenito – Moyet, 2005: 284)

c) Con la diálisis se busca sustituir la función renal durante la insuficiencia del riñón, facilitar la eliminación de sustancias tóxicas y desechos metabólicos.

Eliminar exceso de líquidos corporales y ayuda en la regulación de líquidos.

(Heitkemper-Dirksen, 2004:1267).

d) El apoyo que brinda la enfermera lo hace por medio de explicación de la técnica empleada dando al paciente y al familiar la oportunidad de formular preguntas y expresar sus ideas.

(Aguilar- cordero, 2004: 798).

e) Las cifras del peso al comenzar el método son útiles para establecer una línea basal, para comparación. Ayuda a determinar el balance hídrico y el aporte hídrico adecuado.

(Aguilar- cordero, 2004: 796).

f) Disminuye el riesgo de infección bacteriana. Del sitio de acceso, túnel de la sonda abdominal y peritoneo

(Mantik-Lewis, 2004: 798).

g) El descenso de la presión arterial puede indicar pérdida excesiva de líquidos por la concentración hipertónica de glucosa de la soluciones de diálisis. Se mide pulso en busca de arritmia. Los cambios en los signos vitales pueden indicar choque inminente o hidratación excesiva.

(Slota, 2000:413).

h) Las concentraciones de los solutos varían de acuerdo al estado del paciente, y de las correcciones sobre su equilibrio hidroelectrolítico.

Líquido de 35-50 ml/kg

La adición de heparina impide que los coágulos de fibrina ocluyan el catéter.

(Slota, 2000:415).

i) Las anotaciones precisas del flujo de entrada y de salida determinan la pérdida o la retención hídrica del paciente.

(Carpenito-Moyet, 2005: 283).

j) Fármaco diurético de asa. Indicaciones por edema e hipertensión. Inducen pérdida de agua, secundaria a la pérdida de sodio. Su sitio de acción es la rama ascendente del asa de henle y los túbulos proximal y distal.

La diuresis inducida por el furosemide determina un aumento en la excreción de cloruro de sodio, potasio, calcio, magnesio, bicarbonato, amoníaco, hidrógeno y posiblemente fosfatos.

((Slota, 2000:413).

k) Antihipertensivo. Inhibidor de los canales de calcio. Su acción es generar vasodilatación potente al bloquear el flujo de calcio en las células musculares de los vasos sanguíneos.

(Martínez y Martínez, 2005: 1090, 1779).

l) Para neutralizar la producción de ácidos fijos por la menor eliminación renal o por hipercatabolismo (mayor catabolismo a menor edad) agravado por el aporte limitado de calorías en los pacientes con líquidos restringidos.

En caso de hipercalemia, para provocar ingreso de potasio en la célula, mientras actúa el tratamiento que disminuye el potasio corporal.

(Behrman, Kliegman, Jenson, 2001: 1756)

m) Para valorar la función renal, óseo y neuromuscular. Puede haber pérdida importante de proteínas, pues la mayor parte de las proteínas del suero pasan por la membrana peritoneal, durante la diálisis.

(Martínez y Martínez, 2005: 1060).

n) Son indicadores de sangre arterial que determinan un correcto nivel de oxigenación tisular. PH 7.35- 7.45, HCO₃ 22-26, CO₂ 35-45, PO₂ 50-70, SATO₂ 90-100%.

(Nordmark y Rohweder, 2002: 215).

Evaluación

Posterior a la colocación del catéter se observa salida de líquido amarillo claro
T/A 100/70 Temp. 36.5, frecuencia cardiaca 130 y frecuencia respiratoria de 30
Peso 12,600 kg

16.00 Gasometría

Ph 7.329

PCO₂ 15.7 mmHg

PO₂ 49.2 mmHg

HCO₃ 8.1 mmol/L

CO₂ 8.5 mmol/L

Solución Glucosada 70 ml + Bicarbonato de sodio 70 ml 6 ml /h, al término de la infusión.

Orina en 24 hs 160 ml con corrección de acidosis.

Exámenes de laboratorio de control:

Fosforo 8.8 y ácido úrico de 12.2 BUN 181 mg/dl, creatinina 3.8, Na 5.7, K 3.3, urea 513.6, Mg 2.1 Albumina 2.0. Fosforo 8.8

Ph 7.419

PCO₂ 22.1 mmHg

PO₂ 53.6 mmHg

HCO₃ 14.0 mmol/L

CO₂ 14.6 mmol/L

Se disminuye aporte de bicarbonato de 70 a 45 m Eq/día, Diálisis peritoneal con recambios cada hora solución de diálisis al 2.5% 300 ml + 500 UI de heparina / litro balance negativo de acuerdo a prescripción médica.

Evolución rápidamente progresiva.

Nivel de dependencia alcanzado: 2

OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Función respiratoria ineficaz relacionada con la inmovilidad y presión de líquido peritoneal manifestado por uso de los músculos accesorios de la respiración, tos variaciones en la frecuencia cardiaca e hipertensión y facies de dolor en la movilización.

OBJETIVO:

La persona demostrará una función respiratoria óptima con el uso de técnicas y dispositivos de ayuda durante la fase aguda de la enfermedad.

GRADO DE INDEPENDENCIA - DEPENDENCIA: 3

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

a) Colocar oxígeno suplementario intermitente con nebulizador al 40% durante 48 hrs.

b) Se valoran signos vitales cada 4 horas con énfasis en la función respiratoria, la mecánica respiratoria, el nivel de conciencia, y el color de la piel y las mucosas.

c) Valorar el esfuerzo respiratorio, tomando como referencia la escala de Silverman-Anderson cada 8hrs.

d) Estimular al paciente a toser y a realizar ejercicios respiratorios regularmente.

e) Se mantuvo en reposo absoluto y se colocó al paciente en posición de Semifowler, además se permitió que el paciente adoptara una posición cómoda. a) La administración de oxígeno proporciona al paciente un aporte mayor al que se puede suministrar ayudando al intercambio gaseoso y mejora la tolerancia. Las inhalaciones de vapor de agua en nebulización son útiles para humedecer el árbol bronquial y diluir el esputo.

(Brunner – Suddarth, 2000:322)

b) Una frecuencia lenta o irregular en un lactante con enfermedad o lesiones agudas es de mal pronóstico. La frecuencia respiratoria decreciente o el ritmo respiratorio irregular pueden indicar deterioro del lactante.

(American Heart Association, 2000:39)

c) Permite valorar dificultad respiratoria, se da una puntuación de 0, 1 ó 2 a los cinco indicadores (movimientos toracoabdominales, retracción intercostal, xifoidea, aleteo nasal y quejido respiratorio), los cuales se suman para obtener el total: una calificación de 0 indica que hay una respiración adecuada, mientras que una puntuación de 10 denota dificultad respiratoria grave.

(Martínez, Martínez, 2005:172)

d) Estos ejercicios favorecen la distensión pulmonar.

(Nordmark, 2001:115)

e) Una buena alineación corporal y una posición adecuada favorecen la expansión torácica.

La dificultad respiratoria es causada por la presión del líquido en la cavidad peritoneal, que eleva el diafragma y disminuye la capacidad vital, con aumento de presión en la arteria pulmonar y disminución de la PaO₂.

(Carpenito-Moyet, 2005: 1023)

Evaluación:

Al término de la aplicación de las intervenciones la persona logró mejorar su patrón respiratorio favorablemente. Frecuencia respiratoria 20 – 26 temperatura 37°C, pulso 108, presión arterial 100/70.

Patrón respiratorio con saturación de oxígeno al 90%, en la escala de Silverman-Anderson presenta una puntuación de 0. Campos pulmonares con entrada y salida de oxígeno sin ruidos agregados.

Nivel de independencia alcanzado 1

Logrando la independencia en un lapso de dos semanas.

NUTRICIÓN

DIAGNÓSTICO:

Alteración de la nutrición por defecto relacionada con ingesta calórica inferior a la necesaria manifestado por bajo peso para la edad, náuseas, vómito, rechazo de la dieta, palidez de tegumentos y piel seca.

OBJETIVO: El paciente en cada comida consumirá, una ración de cada uno de los principales grupos de alimentos, consumiendo los requerimientos nutricionales diarios para su edad y padecimiento.

Nivel de Dependencia: 5

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

Independientes

a) Explicar la necesidad de consumir la máxima cantidad de la dieta prescrita especialmente a la mamá y con su apoyo lograr que la persona ingiera la dieta:

Animar al paciente que exprese sus sentimientos y frustraciones por los cambios en la dieta.

a) La empatía y el refuerzo de las directrices en la alimentación pueden mejorar el seguimiento del paciente de las restricciones de la dieta.

(Carpenito-Moyet, 2004: 299)

b) Insistir en una higiene bucal antes y después de las comidas.

b) Una higiene bucal adecuada reduce la aparición de microorganismos y ayuda a prevenir la estomatitis, mejorando el sabor de los alimentos.

(Nordmark – Rohweder, 2001:142).

c) Pesar diariamente al niño en una sola báscula, a la misma hora, en ayuno y medición de talla cada 8 horas.

- d) Proporcionar una dieta fraccionada en pequeñas cantidades.
- e) Proporcionar dieta prescrita y observar el cumplimiento de la misma.
1200 Cal prot. 30 gr. Na. 05gr, K 0.5 gr, líq. Totales 400 ml.
- f) Carbonato de calcio 250 mg después de comida.

- g) Proporcionar alimentos del agrado del paciente.
- h) Proporcionar un ambiente tranquilo y cómodo durante las comidas

i) Realizar actividades distractoras durante la alimentación.

j) Permitir que la madre participe durante la alimentación.

k) Evitar la presencia de dolor antes de la ingesta de los alimentos.

c) El establecimiento ideal del peso es un objetivo del tratamiento.

La relación peso y talla definen el estado nutricional del niño.

(Aguilar-Cordero, 2004: 793).

d) Las dietas en pequeñas cantidades son más fácilmente toleradas porque no ocurre saciedad prematura

e) La prescripción de una dieta adecuada es fundamental para prevenir la toxicidad urémica, el desequilibrio hidroelectrolítico y el catabolismo

(Carpenito-Moyet, 2004: 300)

f) Calcio junto con el fósforo, es el principal constituyente del esqueleto. Interviene en la coagulación de la sangre y en la fuerza muscular

(Martínez, Martínez, 2005:1084)

g) Si los alimentos son desagradables para una persona su ingesta será rechazada.

h) Una voz suave, tranquila, combinada con un entorno relajado puede disminuir la irritación del niño reduciendo su tensión favoreciendo la ingesta de alimentos.

(Luis-Rodrigo, 2000: 22)

i) La alimentación debe ofrecer al niño un espacio para la recreación y placer, además de aumentar el apetito.

(Nordmark-Rohweder, 2001:179)

j) La participación de la madre durante la alimentación fortalece el vínculo familiar y disminuye la ansiedad.

(Nordmark-Rohweder, 2001:185)

k) Las molestias físicas hacen que muchos enfermos hospitalizados tengan inapetencia.

(Nordmark-Rohweder, 2001:184)

EVALUACIÓN

Peso: 9 kg., peso ideal 12,200 kg. Estatura 76 cm.

El paciente durante las valoraciones se observó un incremento en la ingesta de la dieta. Ingiere por sí mismo alimentos en pequeñas cantidades, de su preferencia y el resto de forma asistida. No presenta náuseas ni vómito, se mantiene con coloración de tegumentos pálida.

Nivel de dependencia alcanzado: 1

MANTENER UNA BUENA POSTURA

DIAGNÓSTICO:

Deterioro de la movilidad relacionado con Intolerancia a la actividad, debilidad de extremidades manifestado por llanto agudo, variaciones en la frecuencia cardíaca (130) y presión arterial (130/98) a la movilización, postura encogida, disminución del tono y la fuerza muscular de las extremidades.

OBJETIVO: El paciente cooperará en la movilización de acuerdo con sus capacidades, gradualmente en un periodo de dos semanas.

Nivel de Dependencia: 4

j

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

Independientes

- a) Fomentar el progreso en el nivel de actividad del paciente, realizando movimientos pasivos y activos de las extremidades y cambios de posición cada dos horas.
- b) Monitoreo de los signos vitales en especial presión arterial y frecuencia cardiaca.
- c) Procurar que el paciente este cómodo durante la administración de la diálisis: Se realiza masaje.
- d) Insistir en el consumo de una dieta balanceada.

Dependiente

- e) Ministran analgésico prescrito por médico con horario.

Paracetamol 120 mg VO

- a) El ejercicio ayuda a mantener la fuerza y la movilidad y disminuye la reabsorción de calcio.

La inmovilidad aumenta el catabolismo de las proteínas y la desmineralización de los huesos.

(Lewis, Heitkemper, Dirksen, 2004: 1251)

- b) El volumen circulante se debe controlar en la nefropatía para prevenir la hipervolemia grave.

(Behrman, Kliegman, Jenson, 2001: 1756)

- c) El paciente se fatiga cuando es sometido a periodos largos de diálisis y el masaje activa la circulación, mejora el tono muscular y favorece la relajación del paciente.

(Brunner – Suddarth, 1998:671)

- d) La ingesta correcta de nutrientes traduce un desarrollo psicomotriz acorde al esperado a la edad.

(Carpenito-Moyet, 2004: 295)

- e) Los analgésicos modifican la percepción e interpretación del dolor al causar depresión del tálamo y la corteza cerebral.

(Brunner – Suddarth, 1998:671)

Evaluación

Durante el reposo absoluto el paciente se mostró participativo. No hay lesiones físicas en zonas de apoyo, mejoro la tonicidad de sus piernas, alcanzando un nivel de dependencia 2 sin embargo por complicaciones en la cicatrización de la herida permaneció en reposo absoluto durante 2 semanas.

Nivel de independencia alcanzado: 3

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la integridad cutánea del abdomen y miembros pélvicos relacionado con acumulo de sustancias toxicas en el organismo, cambios de elasticidad y falta de lubricación manifestado por piel reseca, escamosa, prurito y huellas de rascado.

OBJETIVO: La persona recuperará la integridad de su imagen corporal al egreso de su hospitalización.

Nivel de Dependencia 4:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

a) Evaluar el estado de la piel: coloración, textura turgencia y lesión cada 2 horas. Evaluando el tiempo que necesitan los tejidos para recuperar su coloración tras ejercer una presión.

Educar al familiar a examinar la piel con frecuencia.

b) Mantener la piel limpia y seca proporcionando baño diario con un jabón neutro; enjuagarla y secarla con cuidado.

c) Aplicación de crema hidratante dando un suave masaje hasta su completa absorción tres veces al día o según las necesidades de la persona.

d) Se aconseja la utilización de ropa de tejidos de algodón.

e) Cambio frecuente del pañal a) La inspección cutánea sistemática permite detectar pronto las lesiones.

(Luis-Rodrigo, 2000: 82).

b) La piel es la primera barrera de protección para los organismos, su higiene y protección disminuye el riesgo de infección.

(Riopelle, Grondin, 1997: 41, 208)

c) Previene la resequedad excesiva de la piel evitando la producción de grietas.

(Riopelle, Grondin, 1997: 41, 209)

d) Disminuye fricción e irritación de la piel.

e) Evita irritación por amoníaco que se produce al desintegrarse la urea por las bacterias de la piel o de la ropa.

(Nordmark, Rohweder, 2001:380).

Evaluación.

El paciente se mantuvo con adecuada higiene corporal y una mejor tolerancia al baño, no presento nuevas lesiones dérmicas por rascadura hasta el día del egreso hospitalario.

Nivel de independencia alcanzado 0

EVITAR PELIGROS

DIAGNÓSTICO:

Alto riesgo de infección relacionada con el acceso a la cavidad peritoneal, punto de salida del catéter, herida quirúrgica y terapia inmunosupresora.

Objetivo: Disminuir el riesgo de infección local o sistémica durante su estancia hospitalaria mediante la valoración constante y el uso de medidas preventivas.

Nivel de Dependencia: 5

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

a) Aplicar medidas estándar y aislamiento protector.

- b) Higiene de manos antes y después del contacto con el paciente.

- c) Garantizar el empleo de una técnica estéril durante el manejo de heridas y medios invasivos.
- d) Preparar soluciones y medicamentos respetando medidas asépticas establecidas por la institución.

- e) Cuando se realice la diálisis peritoneal manual, evitar la contaminación de las agujas cuando se cambian las bolsas de dializado.

- f) Ante la aparición de cualquier signo indicador de infección en herida quirúrgica y sitios de inserción de catéter como calor, dolor, rubor y salida de líquido o secreción, registrar y notificar a médico.
- g) Vigilar el color y la transparencia del dializado de retorno. Obtener un cultivo de la secreción si se produce.

Dependientes

- h) Bactrim 30 mg vía oral a) El aislamiento y el uso de barreras de protección evitan la contaminación de microorganismos que pongan en riesgo la salud del paciente.

(Wenzel y Col,1998: 7)

- b) El lavado de manos es la práctica de higiene más eficaz e importante que debe realizar el personal hospitalario para minimizar la transmisión de infecciones entre los pacientes.

(Wenzel y Col,1998: 7)

c) El contacto es uno de los mecanismos de transmisión de microbios patógenos nosocomiales.

d) Previene la presencia de contaminación de soluciones y como consecuencia infecciones a nivel sistémico.

(Blumenfed y Col, 2002: 123)

e) La diálisis peritoneal puede realizarse manualmente con una disposición variada o con un sistema de ciclos automático. El empleo de bolsas permite que el sistema de diálisis peritoneal permanezca cerrado excepto cuando se inyectan las bolsas.

(Slota, 2001: 415)

f) Iniciar un tratamiento oportuno previene complicaciones mayores.

(Blumenfed y Col, 2002: 123)

g) La presencia de un líquido turbio puede indicar infección.

h) Útil en infección de vías urinarias

(INNSZ y Col, 2000: 1018)

EVALUACIÓN

El paciente continuó con catéter rígido para diálisis disfuncional, salida de líquido por el sitio de inserción y dolor siendo necesario retirarlo en quirófano.

Nivel de dependencia alcanzado 3

APRENDIZAJE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de conocimientos del cuidador primario relacionado con limitación cognitiva de la enfermedad de su hijo, los fundamentos del tratamiento y el método de diálisis, manifestado por inseguridad y temor para realizar los procedimientos.

Objetivo: La mamá será capaz de demostrar una técnica aséptica para el recambio de la bolsa de diálisis, colaborando en el tratamiento durante la hospitalización de su hijo.

Nivel de dependencia: 3

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

Independientes

a) Explicar en términos adaptados a su nivel de conocimientos en que consiste la enfermedad de su hijo.

Se proporciona material permanente. Folleto Dr. José Carlos Peña GUÍA PARA EL PACIENTE EN DIÁLISIS utilizado en el Instituto Nacional de Pediatría.

b) Uso de un vocabulario sencillo para favorecer la comunicación con la madre.

c) Motivar al aprendiz a participar activamente en la realización del procedimiento

d) Corregir los errores sin reaccionar negativamente ante ellos.

e) Animar al paciente a que exprese su ansiedad, temores y dudas

a) Si la información útil y relevante se presenta en un formato que el paciente entienda, se reducen enormemente las frustraciones en el aprendizaje y el esfuerzo por aprender aumenta.

(Carpenito-Moyet, 2004: 305).

b) Favorecer una buena comunicación con la madre, permitirá su integración con el equipo de salud.

(Carpenito-Moyet, 2004: 1025).

c) Las personas que logran aprender con éxito se sienten más seguras

(Nordmark, 2001:574).

d) Repetir, la frase o el procedimiento y analizar el material desde otro punto de vista, refuerza el aprendizaje

e) Los familiares de un paciente con Insuficiencia renal tienen necesidades psicológicas muy importantes, que se ven influenciadas por los conocimientos, creencias, valores y los mecanismos de afrontamiento a una situación particular.

(Brunner- suddarth, 1998:675)

Evaluación:

La mamá comunica cualquier duda con el equipo, expresa sus sentimientos mejorando su inseguridad y miedo, participando más en el cuidado de su hijo, disminuyendo el grado de dependencia de un nivel 3 a un nivel 0 para el día del egreso hospitalario del paciente.

VALORACIÓN FOCALIZADA (25/NOV/05).

Se observa paciente en sus primeras 24 hrs de post operatorio de biopsia renal percutánea y reinstalación de catéter, consciente, activo. Signos vitales que reportan: Frecuencia cardíaca 112, frecuencia respiratoria 28, presión arterial 140/100 – 150/100, temperatura 37. 5 peso 11,500 kg.

Campos pulmonares ventilados, sin ruidos agregados, tos esporádica seca, se mantiene con nebulizador.

Abdomen distendido con herida quirúrgica en cuadrante inferior derecho y línea media infraumbilical con apósito quirúrgico limpio sin datos de sangrado, catéter rígido para diálisis, durante la infusión del líquido el paciente presenta llanto intenso, cambios en la expresión facial, frecuencia cardíaca y presión arterial. Uresis de 40 ml en 8 hrs, presenta peristalsis aumentada, evacuaciones semilíquidas de 40, 50, 30, 20 y 70 gr., líquidas verdes con moco.

Exámenes de laboratorio:

Coprocultivo positivo para *Escherichia coli*.

Resultado de biopsia renal fallida: fragmento de tejido adiposo sin alteraciones histológicas no se identifica riñón en tejido enviado.

Miembros superiores con múltiples punciones, venoclisis en miembro superior izquierdo con 72 hrs de exposición se observa edema, eritema leve, piel fría y salida de líquido por sitio de inserción que incrementa a la infusión de medicamentos, se retira acceso venoso y se instala nuevo catéter periférico. Miembros inferiores con edema bilateral de (+++++) pulsos distales presentes llenado capilar de 2 segundos.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES DEL POSOPERATORIO INMEDIATO

IDENTIFICACIÓN NECESIDAD DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
CAUSA DE LA DIFICULTAD RESOLUCIÓN

25/Nov./05 Prioridad 1

ELIMINACIÓN Alteración del patrón de eliminación intestinal relacionado con proceso infeccioso manifestado por aumento en la frecuencia de las evacuaciones, vómito, incremento de movimientos peristálticos, eritema en zona anal y coprocultivo positivo para *Escherichia coli*.

Falta de fuerza

Corto plazo 27/Nov/05

25/Nov./05 Prioridad 2

EVITAR PELIGROS Dolor agudo relacionado con la re inserción de catéter rígido instilación de la solución de diálisis y herida quirúrgica manifestado por variación en la frecuencia cardiaca, presión arterial, cambios en la expresión facial, rigidez muscular, sudación, llanto y gemidos. Falta de fuerza.

Mediano plazo 14/Dic./05

25/Nov/05 Prioridad 3

PIEL Y

TEGUMENTOS Deterioro de la integridad cutánea relacionado con sensibilidad de la piel manifestado por inflamación, eritema leve, piel fría y fuga de líquido por sitio de inserción.

Falta de fuerza

Corto plazo 27/Nov./05

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

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FECHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: G. S. E. EDAD. 1 10/12 SEXO: Masculino REGISTRO: 442905/N

FECHA DE REVISIÓN: 25/Nov./2005.

ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración del patrón de eliminación intestinal relacionado con proceso infeccioso manifestado por aumento en la frecuencia de las evacuaciones, vómito, incremento de movimientos peristálticos, distermias, eritema en zona anal y coprocultivo positivo para *Escherichia coli*.

OBJETIVO: El paciente recuperará su patrón de defecación habitual, heces de consistencia, olor y aspectos normales y practicará lavado de manos para evitar contaminaciones futuras.

Nivel de Dependencia: 3

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

Independientes

a) Valorar al paciente en busca de signos y síntomas de deshidratación.

Piel y membrana mucosa deshidratadas

Gravedad específica de la orina elevada.

Sed.

b) Control estricto de ingresos y egresos, monitorizar frecuencia y consistencia de las heces fecales.

c) Mantener limpia y seca la piel del área del pañal, con el cambio frecuente del pañal.

d) El paciente y familiar practicarán la higiene de manos antes y después de manipular alimentos, Antes y después de ir al baño previa demostración.

- e) Reposo durante la fase aguda de la enfermedad.

Dependientes

- f) Mantener ayuno hasta nueva orden y controlar la infusión de fluido parenteral.

Solución glucosada al 5 % 500 ml para mantener vena permeable /2 ml/h

Ministrar medicación

prescrita.

- g) Metoclopramida 1.5 mg

- h) Cefalotina 10 mg kg/día 60 mg IV C/12

- a) El déficit en el volumen de líquidos circulantes provoca la sequedad de los tejidos y la orina concentrada. Una detección temprana permite aplicar terapia de reposición de líquidos para corregir el déficit.

(Heitkemper-Dirksen, 2004: 1246).

- b) Los datos del balance hídrico ayudan a detectar signos tempranos de desequilibrio en los líquidos.

Un olor pútrido, pus moco, grasa, bacterias patógenas, así como parásitos indica un trastorno digestivo.

(Heitkemper-Dirksen, 2004: 1246).

- c) La piel limpia y seca disminuye el riesgo de lesión dérmica, por acumulo y contacto de sustancias tóxicas.

- d) La causa más común de a gastroenteritis es la ingesta de alimentos contaminados por bacterias.

(Wenzel y Col, 1998: 7).

e) La inactividad reduce el peristaltismo y permite el descanso del tracto gastrointestinal.

(Carpenito-Moyet, 2004: 254).

f) Disminuir la estimulación del aparato digestivo y prevenir la deshidratación.

(Carpenito-Moyet, 2004: 254).

g) Los antieméticos previenen el vómito e inhibe los estímulos que llegan al centro nervioso que los provoca.

(Gomella, Cunningham, 1990: 422)

h) Cefalosporina de primera generación. Activo contra microorganismos tanto grampositivos como gramnegativos, incluyendo estreptococos, estafilococos productores y no productores de penicilinasas, Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella sp. Haemophilus influenzae, Salmonella sp y Shigela sp.

(Gomella, Cunningham, 1990: 434)

EVALUACIÓN

FC 112, FR 28, T/A 140/100 – 105/67 temp. 37.5 OC Peso 11,120 kg

Paciente consciente, con palidez generalizada de tegumentos y piel, normohidratado. Disminuyen las evacuaciones diarreicas dentro de las primeras 48 hrs., presenta evacuación de 50 gr amarilla pastosa en 24 hrs.

Nivel de independencia alcanzado: 0

EVITAR PELIGROS

DIAGNÓSTICO:

Dolor agudo relacionado con la reinserción de catéter rígido e instilación de la solución de diálisis, manifestado por, variación en la frecuencia cardiaca, presión arterial, cambios en la expresión facial, rigidez muscular, sudación, llanto y gemidos.

OBJETIVO: El niño disminuirá su dolor a través de la posición más cómoda durante la diálisis peritoneal.

Nivel de Dependencia: 4

d) Una velocidad de instilación más lenta reduce la presión intraabdominal y puede disminuir el dolor.

(Carpenito-Moyet, 2004: 1024).

e) Las técnicas de alivio del dolor no farmacológicas pueden ofrecer a algunos pacientes una alternativa eficaz y segura.

(Carpenito-Moyet, 2004: 1024).

f) Los analgésicos modifican la percepción e interpretación del dolor al causar depresión del tálamo y la corteza cerebral.

La ministración oral está muy indicada, pues se absorbe rápidamente, a través del intestino delgado, y alcanza niveles adecuados en sangre en entre 10 y 120 minutos.

(Whaley & Wong, 1995: 699).

EVALUACIÓN

El grado de dependencia fue de 4 al disminuir la infusión de diálisis logró alcanzar un nivel 3, no obstante a las 72 horas incrementa dolor secundario a retiro de catéter en quirófano, biopsia renal percutánea y reinstalación del catéter. El cual recae a un nivel 5 por dolor persistente. El 26 de noviembre se retira catéter rígido e instala catéter blando logrando alcanzar un nivel de independencia 1.

PROTEGER LOS TEGUMENTOS

Diagnóstico:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con sensibilidad de la piel manifestado por inflamación, eritema leve, piel fría y fuga de líquido por sitio de inserción.

Objetivo: El paciente argumentará la conveniencia de eliminar el acceso venoso y mantendrá el plan de cuidados pactados hasta la curación de la lesión. Se evalúa a las 72 hrs.

Nivel de dependencia 4:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

a) Examinar el estado de la piel diariamente y enseñar al cuidador primario a hacerlo.

b) Previo lavado de manos quirúrgico, uso de jabón antiséptico con duración de fricción, de 4 a 5 min.

c) Suspender de inmediato la infiltración de los líquidos por vía intravenosa y retirar el acceso venoso.

d) Realizar asepsia del sitio de inserción, y mantener limpia y seca la zona. Colocar vendaje, elevar el miembro superior izquierdo por encima del nivel del corazón, realizar ejercicios pasivos y aplicar calor local por periodos cortos y vigilancia estrecha.

a) Una vigilancia estrecha ayuda a identificar complicaciones e instaurar el tratamiento adecuado y oportuno.

(Luis –Rodrigo, 2000: 85).

b) Elimina flora transitoria e inhibe el desarrollo de la residente de todas las capas dérmicas. Previene infecciones sistémicas como bacteriemias

(Luis –Rodrigo, 2000: 86).

c) La presencia de reacciones físico químico o mecánico aumenta el riesgo de infección local relacionada a catéter y por lo consiguiente sistémico.

(Vellido-Vallejo y Col., 2006: 3(9)).

d) Estas medidas reducen congestión local y edema

(Slota, 2002: 392).

Evaluación

El nivel de dependencia fue de 4, se catalogó como una necesidad de corto plazo. Logró una independencia de 0, miembro superior izquierdo con sitio de punción en fase de costra, piel blanda, temperatura adecuada sin datos de infección local (calor, dolor y rubor).

VALORACIÓN FOCALIZADA (26/Nov./05)

Continúa paciente en hospitalización con ocho días de estancia hospitalaria de difícil manejo por disfunción del catéter peritoneal condicionando a procedimientos quirúrgicos recurrentes.

Abdomen con presencia de ascitis, herida quirúrgica con apósito húmedo el cual se retira para valoración observando salida de líquido claro abundante se suspende infusión de diálisis, es valorado en quirófano siendo necesario mantener cerrado el catéter hasta cicatrización del peritoneo, se deja en reposo absoluto, se observa hipo activo de aspecto triste y abatido, irritable con el personal de salud facies de angustia y depresión, extiende los brazos a la mamá con intención de salir de la cuna, cuenta con un solo carro para jugar el cual ya no le llama la atención.

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

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FECHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: G. S. E. EDAD. 1 10/12 SEXO: Masculino REGISTRO: 442905/N

FECHA DE REVISIÓN: 26/Nov./2005.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Temor relacionado con medio ambiente, intervención quirúrgica y déficit de conocimiento del paciente manifestado por facies de angustia, aumento de la tensión, desconfianza e irritabilidad.

OBJETIVO

El paciente mostrará una disminución de la respuesta física y emocional

Nivel de dependencia: 3

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

a) Permanecer con él durante el procedimiento quirúrgico, animar a expresar sus temores.

b) Proporcionar información clara y sencilla al paciente y familia acerca de los procedimientos que se le realizan.

c) Promover espacios de diálogo y comunicación entre paciente - familia para aclarar inquietudes y permitir la expresión de sentimientos.

d) Implicar a la familia en el plan de cuidados de acuerdo con sus habilidades y deseos y los de la persona.

e) Evitar demostraciones de disgusto, crítica o rechazo

a) Ayuda a la enfermera a establecer una relación positiva con el niño considerándola como alguien que comparte sus experiencias.

(Nordmark, 2001:585).

b) Favorecer una buena comunicación con la familia y paciente reducirá su temor y participará de forma más activa con el equipo de salud.

(Nordmark, 2001:585).

c) Escuchar las explicaciones de parte de los padres puede ser la transición para la aceptación de los procedimientos.

(Luis-Rodrigo, 2000: 230).

d) La participación familiar reduce la ansiedad, temores y sensación de abandono en el niño.

(Mussen, Coger, Kagan, 1969: 239).

e) Los niños aprenden a confiar y a querer a sus padres y personas que los rodean a través de la manera como éstos responden a sus necesidades en forma consistente. Si están asustados los consuelan con cariño.

(Gutiérrez – Agudelo, 2007:113)

EVALUACIÓN

El paciente manifestó tranquilidad al tener a alguien conocido durante la intervención quirúrgica.

RECREACIÓN

Diagnóstico:

Déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización, debilidad y reposo estricto manifestado por apatía, irritabilidad y ganas de salir de la cuna.

Objetivo: El niño realizará actividades recreativas utilizando los recursos hospitalarios.

Nivel de dependencia: 3

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

a) Mantener un ambiente agradable y alegre con pequeñas conversaciones

b) Explorar los temores y las preocupaciones respecto a las participaciones en actividades, examinar que es lo que le gusta y lo que no.

c) Planear actividades adecuadas para el niño:

- Crear un ambiente con juguetes accesibles y adecuados a la edad del desarrollo del niño. Juguetes para apilar y encajar, instrumentos de percusión.
- Animar a la familia a que participe con el niño en el juego y que traiga los juguetes preferidos del niño

a) La persona aburrida tiene sentimientos introspectivos de estar oprimida y atrapada, lo que provoca enojo y hostilidad consciente o inconsciente.

(Mussen, Coger, Kagan, 1969: 310).

b) Cuando el niño exterioriza sus temores y preocupaciones se facilita su integración a las actividades recreativas.

El desarrollo de la personalidad del niño y el control de sus emociones se realiza a través de sus emociones.

(Riopelle, 1997: 64).

c) Es necesario jugar con los lactantes y no sólo permitirles jugar, para que el juego no sea algo individual sino que permita el contacto interpersonal, sirviendo de estímulo recreativo y a su vez educativo.

(Arango de Narváez, 1998:94)

Evaluación

Mediante las actividades recreativas el niño mantuvo una estancia hospitalaria agradable.

Con el apoyo de los educadores se le asignaron actividades acorde a su edad y le facilitaron juguetes permitiendo su entretenimiento

Nivel de independencia alcanzada: 0

Drenaje líquido claro

Acepta dieta con resistencia

Edema No. Eritema facial. No. Fiebre No

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VII. PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL PACIENTE: G. S. E. EDAD. 1 10/12

SEXO: MASCULINO

REGISTRO: 442905/N

FECHA DE INGRESO: 28/Nov./2005.

FECHA DE EGRESO: 28/Dic./2005

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

Se orienta a la familia para realizar los cuidados domiciliarios adecuadamente de forma verbal y por escrito, así como el cuidado y supervisión del niño para que no realice actividades de grandes esfuerzos o que supongan fatiga.

2. Orientación dietética

La dieta cobra especial importancia en el tratamiento pues debe ser equilibrada y suficiente. La diálisis sin comer no funciona.

Elementos que debe vigilar:

El agua, las proteínas, el potasio y la sal. Un aporte proteico y vitamínico suficiente.

Los alimentos ricos en potasio deben evitarse al máximo:

Frutas secas, oleaginosas, plátano, naranja, papaya, manzana, durazno, chabacano, aguacate. Chocolate, cacao, refrescos de cola, café en polvo, jugos de frutas, conservas enlatadas.

Apegarse en todo momento a las recomendaciones del médico.

Dieta 1200 calorías, sodio de 0.5, potasio normal, proteínas 30 gr y líquidos

Totales de 600 ml.

Las proteínas. Son importantes en su cantidad y calidad para evitar la desnutrición.

El peso. No debe incrementar más de 2 a 3 kilos entre las sesiones de diálisis

El potasio. Es importante vigilar los valores en sangre por lo que debe acudir con puntualidad al laboratorio.

3. Medicamentos indicados:

Carbonato de calcio 500 mg después de los alimentos vía oral

Fe-rin-sol vía oral 1 gotero cada 8 horas, 30 minutos después de los alimentos

TUMS vía oral 250 mg con los alimentos

Diálisis peritoneal Sol. L.5% con volumen de 400 ml con estancia de 3 hrs

4. Registro de signos y síntomas de alarma:

(Qué hacer y a donde acudir cuando se presenten)

Se orienta a los padres del plan a seguir como:

Acudir a solicitar su próxima cita a los consultorios de Nefrología, Nutrición, Laboratorio clínico.

La complicación más frecuente y más grave de un paciente con diálisis peritoneal es la peritonitis. Se trata de un cuadro de infección de la membrana que tapiza el interior de la cavidad abdominal. Y se caracteriza por:

Fiebre

Dolor abdominal

Líquido de diálisis turbio

Si se presentan estos signos, acudir de forma inmediata al hospital al servicio de urgencias para recibir tratamiento inmediato. Recordar que el líquido que se extrae del abdomen es transparente o ligeramente amarillo

5. Cuidados especiales en el hogar

Medidas para la higiene de manos

Mantener la piel lubricada y limpia, baño por las noches, cambios frecuentes de pañal, mantener región peri anal y genitales limpios.

Utilizar técnica aséptica al ocuparse del catéter (conexión, drenaje, infusión, desconexión).

También se debe asegurar un reposo nocturno no inferior a nueve horas.

Sobre las mejoras materiales y de higiene de la vivienda en que habitan para provocar un ambiente idóneo para el paciente.

Se orienta a la madre para que a su vez lo haga con el padre para conseguir una fuente de trabajo que les proporcione seguridad social, para que el paciente pueda ser apoyado debido a que es un tratamiento de alto costo que difícilmente podrán solventar.

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

Se proporcionó información por escrito sobre la insuficiencia renal, así como un resumen médico del manejo durante la hospitalización, medidas de seguridad y alarma

CONCLUSIONES

La inclusión de un marco teórico en este estudio permitió administrar los cuidados de enfermería de forma organizada mejorando la calidad del cuidado, repercutiendo en la confianza del paciente y familia.

La intervención de enfermería, a través del Proceso Enfermero tomando como base el modelo de Virginia Henderson en el cuidado del paciente con patología renal, fue útil para priorizar las necesidades inmediatas de la persona, estabilizarlo y mantener sus funciones vitales. Siendo la insuficiencia renal crónica una enfermedad terminal con varios tratamientos paliativos, que no logran una recuperación integral de la salud de la persona, sin embargo puede aumentar la calidad de vida y el potencial humano del paciente, consiguiendo que los cuidados fueran dirigidos hacia objetivos comunes. Logrando de esta manera el logro de cada uno de los objetivos planteados para la elaboración del presente estudio de caso.

Se debe fomentar en el profesional de enfermería la investigación y su validación en la práctica clínica, ya que este es un instrumento útil para proporcionar cuidados de calidad y una planificación de las intervenciones y actividades de su competencia exclusiva, dando un contenido científico a su trabajo y contribuyendo así a un mayor desarrollo de nuestra profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Blanco- Balbeito N, Domínguez H, Hernández T. Proceso atención de Enfermería en niños con glomerulonefritis aguda. Rev. Enferm. Nefrológica 2003; 19(2):139- 145

Guaymas, Ismelda Q. Función de la Enfermería nefropediátrica. Rev. Hosp. Niños BAires 2001; 46(120):58- 60

Tornay, Sánchez. Diálisis peritoneal domiciliaria pediátrica. Rev. Nefrología Infantil 2003; 6:17- 22

León, La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev. Cubana de Enferm. 2006; 22(3): 60-68

Janet W, Griffith. Proceso de atención de enfermería Aplicación de Teoría, guías y Modelos. 3ª ed. México D.F.: Manual Moderno, 1997: p.p. 1-9.

Fawcett, Jaqueline. Analisis and evaluction of conceptual models of nursing. Philadelphia: Davis company, 1995: p.p. 3

Marriner, Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 3a ed. Madrid Barcelona: Mosby /Dogma, 1998. p. 99-109

Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3a ed. México: Masson, 2005. p. 49 -55, 86, 230.

Riopelle Lise, Grondin, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. 1a ed. España: McGraw – Hill, 1993: p. 7-247.

Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros, un sistema integrado y personalizado. 1ª ed. México D.F: Mc Graw – Hill, 1999: p.17

Kossier, Barbara. Técnicas de enfermería clínicas. 14o ed. España: Mc Graw Hill, 1999: p. 16

Rodríguez-Sánchez BA. Proceso enfermero. 2ª Ed. México: Cuellar, 2006: p.p. 29-34

Phaneuf y Groudin. Diagnósticos de Enfermería, rol autónomo de la enfermera. 1994: P. 5

Luis-Rodrigo Mt, Besora-Torredeflot E, Castillo - de la Rosa E. Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson, S.A. 2000: p. 12

Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. 5ª ed. España: Masson, 2005: p. 124-126.

Iyer. Tapich, Bernocchi. Proceso y diagnóstico de enfermería. 2da ed. México: 1997: p. 4 -16.

García-González MJ. El proceso de enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. 1ª ed. México: Progreso, 1997: p.21-22.

Games-Eternod J, Palacios –Treviño JL. Introducción a la pediatría. 6ª ed. México: Méndez, 2003: p. 601 -605.

Behrman, Kliegman, Jencon. Nelson Tratado de pediatría. 16ª ed. México: McGraw – Hill, 2001; II: p.1740 – 1743.

Vallejo G, Coccia P, Cánepa C. Síndrome nefrótico en Pediatría Nuestra experiencia. Rev. Hosp Niños BAires. 2001; 43(195): 307 -309.

Martínez, Martínez. La salud del niño y del adolescente. 5aed. México, D.F., Manual Moderno, 2005: p.p. 172,1058 -1061,1779,1084, 1090.

Elías- Costa C. Insuficiencia renal aguda. Rev. Hosp. De Niños “Ricardo Gutiérrez” 2001; 43(195):285

Menabrito-Trejo J, y Cols. Temas de pediatría Asociación Mexicana de Pediatría. México: MC Graw Hill, 1998: p. 375.

Garduño, Cols. Ética de la investigación en seres humanos en Bioética, enfoque pediátrico. México: Academia Mexicana de Pediatría. Inter sistémicas Merck, 2000: p. 48- 49

Brunner–Sudart. Enfermería médico Quirúrgica. 3ª ed. México D.F., Interamericana, S.A de C.V. 1998: p. 322, 670 – 675.

Nordmark-Rohweder. Bases científicas de la enfermería. 2ª ed. México, D.F., Manual Moderno, 2001: 115, 142, 179, 184, 185, 215, 585.

Carpenito Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª ed. Colombia: McGraw – Hill, 2003-2004: 283, 284, 299, 1023.

Gutiérrez-Agudelo, Adaptación y cuidado en el ser humano una visión de enfermería. México, D.F., Manual Moderno, 2007:113.

Heitkemper M. Enfermería Médico Quirúrgica. 6ª ed. España: Elsevier, 2004: 1244 – 1250.

Aguilar-cordero. Tratado de enfermería infantil, cuidados pediátricos. España: ed. Oceano, 2004: 697, 793, 796.

C. Slota. Cuidados Intensivos de enfermería en el niño. México: Mcgraw-Hill, 2000: 392, 413.

American Heart Association. Avap Manual para proveedores. España: Waverly, 2003: 32.

Wenzel, Col. Infecciones por catéteres vasculares. México: Panamericana, 2002: 123.

Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubiran”, Col. Terapéutica médica. México: Mcgraw-Hill, 2000: 1015.

Lacy- Gomella, Cunningham. Neonatología, México: Panamericana. 1990: 434.

ANEXOS

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

ENFERMERÍA INFANTIL

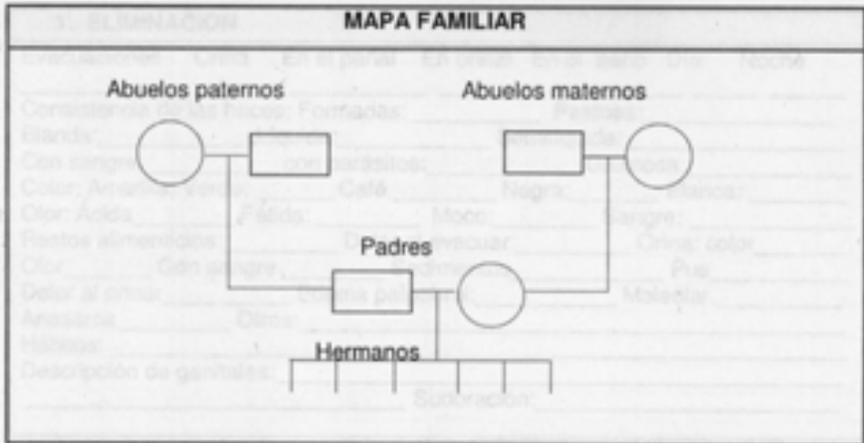
Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

I. DATOS DEMOGRÁFICOS
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____
Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
Escolaridad del padre: _____ Madre: _____ Niño: _____
Religión: _____ La información es proporcionada por: _____
Domicilio: _____
Procedencia: _____ Teléfono: _____
Diagnóstico médico: _____
Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____
II. FAMILIARES
Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y Abuelos: _____
Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____
Tipo de construcción: _____ Servicios intradomiciliarios: _____
Disposición de excretas: _____
Descripción de la vivienda: _____
Ingresos económicos de la familia: _____
Medios de transporte de la comunidad : _____

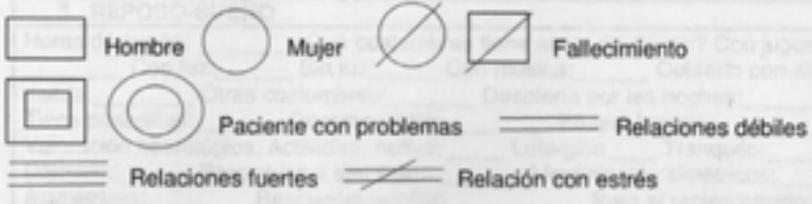
III. ORIENTACIÓN			
Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?			
Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas			
Sobre barandales de camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el			
Servicio: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____			
Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: _____ No: _____ Horario de			
Cafetería: Sí: _____ No: _____.			
IV. ANTECEDENTES INDIVIDUALES			
Valoración de las necesidades básicas del niño: complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: _____			
Talla al nacer: _____ lloró al nacer: _____			
Se realizaron maniobras de resucitación: _____			
Motivo de la consulta/hospitalización: _____			
¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño?			
_____ ¿Quién? _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es			
Alérgico; Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí, ¿a que es alérgico?			

Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____			
Vacunación: _____			
1. ALIMENTACIÓN			
El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____			
Vaso: _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____			
Dificultad: _____ Horario: _____ Tipo de alimentos: _____			
En puré: _____ Picados: _____ Licuados: _____			
Otros: _____ ¿Come sólo? _____			
¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____			
_____ Lugar: _____			
¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____			
¿Qué 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: _____			



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

Nombre	Edad	sexo	Escolaridad	Relación afectiva	Enfermedades



1. ELIMINACIÓN						
Evacuaciones	Orina	En el pañal	En orinal	En el baño	Día	Noche
Consistencia de las heces: Formadas: _____ Pastosa: _____						
Blanda: _____ Líquida: _____ Semilíquida: _____						
Con sangre: _____ con parásitos: _____ Grumosa: _____						
Color: Amarilla: Verde: _____ Café _____ Negra: _____ Blanca: _____						
Olor: Ácida _____ Fétida: _____ Moco: _____ Sangre: _____						
Restos alimenticios: _____ Dolor al evacuar: _____ Orina: color _____						
Olor _____ Con sangre _____ Sedimentos _____ Pus _____						
Dolor al orinar _____ Edema palpebral: _____ Maleolar _____						
Anasarca _____ Otros: _____						
Hábitos: _____						
Descripción de genitales: _____						
Sudoración: _____						
2. OXIGENACIÓN						
Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____						
Abdominal: _____ Torácico: _____ Braquial: _____						
Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____						
Pulso: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____						
Regular: _____ Irregular: _____ Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea: _____						
Disociación toraco abdominal: _____ Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho _____						
Lado izquierdo _____ Ventilación: _____ Respiración asistida: _____						
Controlada: _____						
Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor						
Tubo traqueal _____						
Cavidad oro nasal _____						
Humidificación y oxigenación: _____						
Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____						
Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____						
Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____						
3. REPOSO-SUEÑO						
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: _____						
Reflejo, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____						
Búsqueda: _____ Moro: _____ Presión: _____						
Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____						
Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____						
Imbrincadas: _____						

4. VESTIDO
Condiciones de la ropa de vestir: _____
Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____
Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____
Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____
5. TERMORREGULACIÓN
El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a que hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____
Cuando tiene fiebre. ¿Cómo se la controla?: _____
6. MOVIMIENTO Y POSTURA
A que edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____
Siguió objetos con la mirada: _____ Se sentó: _____
Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pié: _____
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: _____
7. COMUNICACIÓN
Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____
Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____
A que edad sonríe: _____ A que edad balbucea: _____ A que edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____
Quién lo cuida: _____ Con quién juega: _____
Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: _____
Alegre: _____ Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____
Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____
Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____

Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____

8. HIGIENE
Condiciones higiénicas de la piel: _____
Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____
Frecuencia del baño: _____ Cuantas veces al día se cepilla los dientes: _____
_____ Frecuencia del cambio de ropa: _____
9. RECREACIÓN
Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ la música: _____
Tiene alguna preferencia por: Los juegos: _____
Los objetos: _____ Animales: _____
Las personas: _____ Juega solo: _____
Con otros niños: _____ Con adultos: _____
10. RELIGIÓN
¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetarán?: _____

11. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN			
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: _____ Oros: _____			
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 algún familiar o amigo: _____ Si la respuesta es sí diga, ¿cuál? _____			

El niño toma medicamentos en casa: Sí: _____ 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: _____			
12. APRENDIZAJE			
Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____			
Está acostumbrado a que lo paseen: _____			
_____ ¿Cómo reaccionó? _____			
¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo? _____			
Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____			

13. REALIZACIÓN
¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____

Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____

Otros datos: _____

Nombre de la enfermera: _____
Fecha: _____

ANÁLISIS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Rosa Solares Muñoz declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a)

Erick González Solares Participe en el estudio de caso Lactante con alteración en la necesidad de eliminación, cuyo objetivo principal es: la atención del paciente de forma ordenada, organizada, realizando intervenciones específicas las cuales competen a la enfermera especialista y que los procedimientos que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Valoración clínica, exploración física y procedimientos que involucren la atención de enfermería de acuerdo a su padecimiento.

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 del responsable del estudio: Maribel Martínez Velázquez

Nombre del padre o tutor: Rosa Solares Muñoz.

Firma _____

Testigos

Nombre: Agustina Mejía Galán

Nombre: Gregoria Olivares robles

Firma: _____

Firma: _____

Dirección: Calle Niños Héroes No. 46

Dirección: Av. Juárez # 16 La Lupita

Col. San Pedro Mártir, Tlalpan.

San Juan Ixtayupan, Tlahuac.

México, D.F. a 21 de Diciembre 2005