



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INFANTIL  
SEDE: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD BAJIO

Estudio de caso a un lactante mayor, con dependencia en  
la necesidad de comer y beber adecuadamente por  
síndrome de intestino corto

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

PRESENTA  
**L.E.O. MARIA GUADALUPE INFANTE PADILLA**

ASESOR: E.E.I. LUZ DE LOURDES SÁNCHEZ NAVARRO



LEÓN GTO. 2012



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.

## INDICE

|  |              |
|--|--------------|
| <b>INTRODUCCION.....</b>   |              |
| <b>OBJETIVOS.....</b>  |              |
| <b>1. MARCO TEORICO.....</b>   | <b>1-77</b>  |
| <b>1.1 Estudios relacionados.....</b>  | <b>1-9</b>   |
| <b>1.2 Proceso de Atención de Enfermería.....</b>  | <b>10-47</b> |
| <b>1.2.1 Conceptos.....</b>  | <b>11-12</b> |
| <b>1.2.2 Valoración.....</b>   | <b>12-20</b> |
| <b>1.2.2.1 Tipos de valoración.....</b>  | <b>12-13</b> |
| <b>1.2.2.2 Fases de la valoración.....</b>   | <b>13-20</b> |
| <b>1.2.3 Diagnóstico.....</b>  | <b>20-27</b> |
| <b>1.2.3.1 Normas y errores mas comunes en los<br/>                    diagnósticos de enfermería.....</b> | <b>21-24</b> |
| <b>1.2.3.2 Lineamientos: como elaborar un diagnóstico de<br/>                    enfermería.....</b>       | <b>24-25</b> |
| <b>1.2.3.3 Tipos de diagnósticos.....</b>  | <b>25-26</b> |
| <b>1.2.3.4 Componentes de los diagnósticos.....</b>  | <b>26</b>    |
| <b>1.2.3.5 Clasificación de los diagnósticos según<br/>                    NANDA.....</b>                  | <b>26-27</b> |
| <b>1.2.4 Planeación.....</b>   | <b>27-35</b> |
| <b>1.2.4.1 Tipos de planeación.....</b>  | <b>25-26</b> |
| <b>1.2.4.2 Etapas de la planeación.....</b>  | <b>28-34</b> |
| <b>1.2.4.3 Clasificación de las intervenciones de<br/>                    enfermería NIC.....</b>          | <b>34-35</b> |
| <b>1.2.5 Ejecución.....</b>  | <b>35-40</b> |
| <b>1.2.5.1 Etapas de la ejecución.....</b>   | <b>35-36</b> |
| <b>1.2.5.2 Sistema de prestación de cuidados.....</b>  | <b>37-40</b> |
| <b>1.2.6 Evaluación.....</b>   | <b>40-47</b> |

|   |        |
|---|--------|
| 1.2.6.1 Formas de evaluar.....  | 41-46  |
| 1.2.6.2 Clasificación de los resultados NOC.....  | 46-47  |
| 1.3 Propuesta Filosófica de Virginia Henderson.....   | 48     |
| 1.3.1 Metaparadigma.....  | 49     |
| 1.3.2 Gráfica del continuum.....  | 50-51  |
| 1.3.3 Gráfica de tiempo y duración de la dependencia.....   | 51     |
| 1.3.4 Fuentes de dificultad.....  | 52-53  |
| 1.3.5 Necesidades básicas.....  | 53-55  |
| 1.3.6 Supuestos.....  | 55     |
| 1.3.7 Postulados.....   | 56     |
| 1.3.8 Valores.....  | 56     |
| 1.3.9 Principios.....   | 56-57  |
| 1.3.10 Afirmaciones teóricas.....   | 57     |
| 1.3.11 La relación enfermera-paciente.....  | 57-58  |
| 1.3.12 La relación enfermera medico.....  | 58     |
| 1.4 Aspectos éticos del cuidado de Enfermería.....  | 59     |
| 1.4.1 Código de ética de la enfermera Mexicana.....   | 60     |
| 1.4.2 Principios.....   | 61-63  |
| 1.4.3 Decálogo de la enfermera.....   | 63-64  |
| 1.5 Factor de Dependencia.....  | 65     |
| 1.5.1 Estomago e intestinos.....  | 65-67  |
| 1.5.2 Síndrome de intestino corto.....  | 67-75  |
| 1.5.3 Etiología.....  | 68     |
| 1.5.4 Fisiopatología.....   | 69     |
| 1.5.5 Tratamiento.....  | 71-74  |
| 1.5.6 Complicaciones.....   | 74     |
| 1.5.7 Pronóstico.....   | 75     |
| 1.6 Relación entre el Proceso de Atención de enfermería y la<br>propuesta filosófica de Virginia Henderson..... | 76-77  |
| 2. METODOLOGIA.....   | 78-122 |
| 2.1 Descripción del Caso.....   | 78-80  |

|  |         |
|--|---------|
| 2.1.1 Valoración de las necesidades básicas..... | 80-88   |
| 2.2 Métodos e Instrumentos.....                  | 89      |
| 2.3 Proceso de Construcción del Diagnóstico..... | 91-95   |
| 2.4 Proceso de planeación.....                   | 96-122  |
| 3. RESULTADOS.....                               | 123     |
| 3.1 Análisis de resultados.....                  | 124     |
| 4. PLAN DE ALTA.....                             | 125-126 |
| 5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....               | 127     |
| 6. BIBLIOGRAFIA.....                             | 128-130 |
| 7. ANEXOS.....                                   | 131     |
| 7.1 Historia Clínica de Enfermería               |         |
| 7.2 Hoja de Reporte Diario                       |         |
| 7.3 Hoja de Consentimiento Informado             |         |
| 7.4 Escalas de valoración                        |         |
| 7.5 Tríptico de plan de alta                     |         |

## INTRODUCCIÓN

La disciplina enfermera, al igual que otras profesiones, ha sido arrastrada por procesos de cambio. Alrededor de los años noventa aparecen una serie de términos como Medicina Basada en la Evidencia, Enfermería Basada en la Evidencia y Práctica Basada en la Evidencia. La aplicación de todos estos se basa en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes.

Es importante destacar que la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) considera el método científico como la mejor herramienta de que disponemos para conocer la realidad y expresarla de forma inteligible y sintética y reconoce la investigación científica como la actividad capaz de generar conocimiento válido y relevante para la moderna práctica profesional. El que la EBE tenga en cuenta los valores y preferencias de los pacientes es especialmente relevante para las enfermeras

Por consiguiente, es labor y compromiso de la enfermera asumir su responsabilidad para identificar los problemas, evaluar continuamente su función, perfeccionar los métodos que utilizan y reafirmar la efectividad de los cuidados de enfermería mediante el proceso de atención de enfermería.

Por lo anterior el personal de enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento y cuidado de los pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome de intestino corto; ya que en conjunto la aplicación de conocimientos en el área de pediatría y del proceso de atención de enfermería, como una herramienta básica en el trabajo de la profesión, ayudan a reconocer los problemas específicos reales o potenciales, así como la interpretación de signos clínicos, con la finalidad de proporcionar atención y cuidados especializados e individualizados de calidad y calidez. Se Utilizó para este estudio de caso el modelo conceptual de Virginia Henderson, para guiar la valoración del lactante

y posteriormente establecer los cuidados e intervenciones que se han de proporcionar al paciente pediátrico con síndrome de intestino corto.

El presente estudio de caso trata de un lactante mayor con dependencia en la necesidad de comer y beber adecuadamente él cuál se encuentra hospitalizado en el área de pediatría del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío; el proceso de este trabajo, para fines prácticos, se llevó a cabo en dos capítulos: Marco Teórico y Metodología; se elaboraron diagnósticos reales, de riesgo y de salud por cada una de las necesidades de la propuesta filosófica de Virginia Henderson, el resultado final es un proceso de atención de Enfermería especializado con un sólido sustento teórico y científico con aplicación de intervenciones especializadas de enfermería directas al paciente y familiar y que finalmente ofreció la oportunidad para tener una opción a titulación de la Especialidad en Enfermería Infantil.

## **OBJETIVO GENERAL**

1. Elaborar un estudio de caso para la atención de un lactante mayor con dependencia en la necesidad de comer y beber adecuadamente por síndrome de intestino corto que se encuentra hospitalizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío, utilizando como base la propuesta filosófica de Virginia Henderson sustentado en el proceso enfermero.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Realizar valoración exhaustiva y focalizada de las necesidades básicas en un lactante mayor con síndrome de intestino corto.
2. Elaborar diagnósticos de enfermería sustentados en los datos e información obtenida en el proceso de valoración.
3. Diseñar y llevar a cabo un plan de intervenciones especializado en un lactante mayor con dependencia en la necesidad de comer y beber adecuadamente
4. Evaluar del plan de intervenciones para contribuir a la recuperación y mantenimiento de la independencia de las necesidades básica

## I. MARCOTEORICO

### 1.1 Estudios relacionados

Para tener una base y sustentar el presente estudio de caso, se realizó una búsqueda de artículos científicos (Enfermería Basada en la Evidencia) que englobaran información sobre el Proceso de Atención de Enfermería, la filosofía de Virginia Henderson y enfocado en pacientes pediátricos, se consultaron bases de datos como: proquest, pubmed, revista del IMSS, CIELO, etc.; se encontraron con tales características 12 artículos.

Los artículos que aportaron conocimientos e ideas para estructurar y llevar a cabo este estudio de caso contienen las siguientes características: 5 fueron realizados con pacientes lactantes, 2 con preescolares, 1 en paciente de edad escolar y 2 adolescentes, los 10 artículos tienen relación con el proceso de atención de enfermería y con la teoría de Virginia Henderson de sus 14 necesidades básicas.

En uno de los artículos *María Eugenia Solís*, realizó un estudio con un lactante mayor de un 1 año 4 meses de edad, miembro de una familia nuclear de 3 integrantes originarios del distrito federal. Donde el 16 de septiembre es llevado a medico particular por presentar vómito, fiebre no cuantificada, el diagnóstico médico fue amigdalitis y su tratamiento a base de antibióticos. El 18 de septiembre es internado en urgencias de un hospital privado por presentar dificultad respiratoria, el diagnóstico médico fue bronquiolitis. La metodología empleada fue: la valoración de Enfermería, Proceso Atención de Enfermería con apoyo el modelo conceptual de Virginia Henderson. **Valoración de enfermería.** Se jerarquizaron las necesidades según el grado de dependencia e independencia, las necesidades que detectaron en dependencia fueron: Oxigenación con un grado de dependencia 4, termoregulación con grado de dependencia 3, nutrición e hidratación grado 3 de dependencia, descanso y sueño grado 3 de dependencia. El estudio arrojó como conclusiones: “con el

Proceso de Atención de Enfermería puede planearse cuidados individualizados de acuerdo a la alteración que presente el paciente, en especial para llevarlo a cabo en el hospital con pacientes pediátricos”. “El mejor modelo conceptual es el de las 14 necesidades propuesta por V. Henderson con el podemos identificar algunas alteraciones en las necesidades básicas en esta etapa de la vida, además permite que enfermería tenga un lenguaje propio y se pueda llevar un seguimiento al paciente durante su estancia hospitalaria”.<sup>1</sup>

En otro estudio realizado en la ciudad de México por *Espinoza y Franco* utilizaron el instrumento de recolección de datos diseñado por las autoridades de la Especialidad de Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Autónoma de México, basada en las necesidades básicas de niño de 0 a 5 años. Se realizaron un total de 22 seguimientos diarios en este estudio de caso. Se aplicaron los conceptos propuestos por *Virginia Henderson* a través del *Proceso Enfermero*, para determinar el grado de dependencia de cada variable se consideró la propuesta hecha por Phaneuf a través de la gráfica *Continuum independencia- dependencia*. Se trata de un lactante mayor 1 año 4 meses de sexo masculino que ingreso a un hospital de tercer nivel por fiebre, dificultad respiratoria, tos no productiva. Realizaron una valoración tomando en cuenta desde nivel socioeconómico, hábito higiénico dietético hasta los valores que regían al paciente y su familia. Posteriormente describieron las necesidades fundamentales, propuestas por V.Henderson, una vez realizada la valoración de cada necesidad, se procedió al análisis de datos para determinar los problemas independientes e interdependientes detectar las fuentes de dificultad y el grado de dependencia en cada necesidad. Evolución de los cuidados de enfermería. Los investigadores redactaron 17 diagnósticos de enfermería que guiaron el plan de atención, para este, tomaron en cuenta los diagnósticos que reflejan, la actividad independiente de la enfermera. Concluyeron que la aplicación de la propuesta de las necesidades

---

<sup>1</sup> Solís, M. 2008 Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con dependencia de oxigenación. Desarrollo Cientif Enferm 16(9) 414 – 417

fundamentales a través del proceso enfermero nos demuestra, a los profesionales de esta área, que para proporcionar cuidados de enfermería se requiere la adquisición de conocimientos y habilidades que este estudio de caso ha permitido. Llevar a la práctica conceptos abstractos, como la propuesta de Virginia Henderson se puede decir que es factible su aplicación en el área de Enfermería Infantil, además permite contar con una base teórica para destacar la acción independiente de enfermería.<sup>2</sup>

En un paciente pediátrico residente del Estado de México con diagnóstico de cardiopatía congénita se llevó a cabo un estudio de caso que tuvo como objetivo “implementar un *Plan de Intervención de Enfermería* de alta calidad y calidez humana en la atención del paciente pediátrico con ventrículo único, con el enfoque teórico del *modelo de Virginia Henderson*”. Se trata paciente femenino de 51 días de nacida, presenta cianosis importante desde el nacimiento que se agudiza con la alimentación y el llanto, le diagnosticaron cardiopatía del tipo del ventrículo único. *Con valoraciones focalizadas* de cada una de las necesidades se desarrolló un plan de intervención de enfermería, con ocho diagnósticos de enfermería y cada uno con sus intervenciones. *Cruz y Martínez* concluyeron: “como profesionales de enfermería nos encontramos ante situaciones muy complejas en nuestro trabajo diario”. “A través de nuestro plan de cuidados de enfermería se logran optimizar las actividades con el objetivo de satisfacer al máximo las necesidades en este tipo de paciente y proporcionar apoyo a los familiares para una mejor aceptación del pronóstico y tratamiento”.<sup>3</sup>

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en la ciudad de México, se llevó a cabo un estudio con un lactante de 3 meses de vida, sexo masculino, originario y residente del estado de Hidalgo, con una valoración desde antecedentes del embarazo, hábitos higiénicos dietéticos de ambos padres,

---

2 Espinosa, V., Franco, M. (2003). Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía. *Desarrollo Cientif Enferm*, 11(1) ,24-29.

<sup>3</sup> Cruz, L., Martínez, G. (2006) Plan de cuidado en un paciente pediátrico con cardiopatía cianógeno por ventrículo único. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*, 14(2) 56- 61

nivel socioeconómico y escolar. Además de contar con datos prenatales y perinatales de importancia como: producto de la 2da gesta, hiperémesis gravídica y desprendimiento prematuro de placenta, a las 30 SDG se diagnóstica oligohidramnios severo entre otros. Requirió de intubación oro traqueal, y aplicación de factor surfactante, ingresa a la UCIN. En el cual lo intervienen en varias ocasiones por complicaciones de la misma patología. El objetivo del estudio fue: proponer un *plan de intervenciones de Enfermería* de alta calidad Humana para la atención de un paciente pediátrico pos operado de coartectomía con sección y sutura del conducto arterio-venoso utilizando *el modelo de Virginia Henderson*. Se realizaron *valoraciones focalizadas* de las necesidades de oxigenación, hidratación y nutrición, eliminación, termorregulación, moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, higiene y protección de la piel, evitar los peligros y vivir según sus creencias y valores. Posteriormente se realizó un Plan de Atención de Enfermería, donde se desarrollaron 11 diagnósticos de Enfermería. La utilización de un plan de intervenciones de enfermería como herramienta básica durante el ejercicio de la profesión ayuda a jerarquizar las necesidades del paciente. El plan de atención de enfermería debe ir modificándose con respecto al problema actual, por lo que una valoración constante ayuda a que se identifiquen los problemas a resolver.<sup>4</sup>

En el mismo Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de la Cd, de México pero ahora Mondragón A. y Macín G. Desarrollaron un estudio de caso con un adolescente de 14 años de edad, residente de Nayarit es conocido de la institución desde 1997 por una Tetralogía de Fallot y Sx de delección del cromosoma 22q11, sin tratamiento quirúrgico. Es operado de corrección total de TF, ampliación del tronco de la arteria pulmonar con implante de una válvula biológica, egresa el 29 de Abril en buenas condiciones a su domicilio. Reingresa el 7 de Mayo de 2009 a urgencias por una CIV residual infundibular; es intervenido nuevamente. Se le realizan valoraciones focalizadas en el

---

<sup>4</sup> Sierra, M. (2006) 'Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita Acianogena. Revista mexicana de enfermería cardiológica, 14(1)16-23.

servicio de cardiopediatría, y posteriormente un plan de intervenciones de enfermería personalizado. Es esencial que la enfermera identifique los datos objetivos y subjetivos que presenta el niño con delección 22q11 solo así el personal de enfermería podrá otorgar una atención con calidad y calidez tratando de mantener la integridad e individualidad de cada paciente.<sup>5</sup>

Puig-Plana Pilar describe el caso clínico de un preescolar de 3 años y medio que acude a la consulta junto a sus padres como acompañante de la hermana pequeña de 9 meses de edad para hacer la revisión enfermera de la niña. En el desarrollo del caso se utilizan como herramientas la valoración clínica de Enfermería, que abarca los aspectos biopsicosocial, antecedentes personales, y valoración general. Con lo cual se detectaron en dependencia las necesidades de descanso y sueño y la necesidad de evitar los peligros. Se realizó un plan de cuidados centrado en las 2 necesidades *alteradas utilizando las taxonomías de la NANDA, NIC Y NOC*. En la etapa de evaluación los padres consiguen el control familiar y apaciguar el carácter del niño con una franca mejoría en su comportamiento y afectividad hacia la hermana.<sup>6</sup>

El 10 de Noviembre de 1999 en Barcelona España ingresa a la UCIP de la Corporación Sanitaria Parc una niña de 5 años de edad, pos-operada de un quiste de colédoco, desarrollo una pancreatitis y múltiples complicaciones como: ascitis, fistula pancreática, derrame pleural, paniculitis del tejido graso, necrosis epidérmica toxica y trombosis de la vena femoral derecha. Durante la estancia de la niña en la terapia (35 días) los padres se mostraron inquietos y angustiados por todo lo acontecido. La madre manifestaba actitudes negativas ante la niña, el padre en cambio su carácter es más conformista y transmite más seguridad a la niña. Todo ello genero temor en la niña y dependencia hacia el equipo asistencial. Tras una valoración por necesidades se encontraron en dependencia las necesidades de: respirar normalmente, moverse y mantener

---

<sup>5</sup> Mondragón, A., Macín, G. (2010) Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 18(3)82-86.

<sup>6</sup> Puig-Plana, P. (2010) Peligro de los celos en la primera infancia. Valoración de Enfermería a propósito de un caso. Enfermería Clínica, 20(4)260-263.

una buena postura, higiene, aseo y protección de la piel, de evitar los peligros. Se planteó como objetivo: “elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado hacia la niña y sus padres, fomentar la autonomía y participación del cuidador principal. En este estudio se aplicó el Proceso Enfermero desarrollado por necesidades según el modelo de V. Henderson con problemas de colaboración, diagnósticos de Enfermería reales y de riesgo e incluyendo la utilización de la taxonomía NANDA. Finalmente durante la estancia de la niña en la UCIP se lograron los objetivos en el plan de cuidados de enfermería.<sup>7</sup>

La estudiante de la escuela de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo en Chiclayo Perú, Angeles-Oblitas Yahaira; Realizó un estudio con una niña de 6 años 7 meses de iniciales P.Y.M.N. que padece parálisis cerebral, teniendo consultas principalmente por presentar fiebre y convulsiones. Además presenta infección de influenza AH1N1. Este trabajo tuvo como metodología las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, la entrevista, la exploración física, la visita domiciliaria, luego se estableció y priorizó las necesidades alteradas según Virginia Henderson. Para la formulación del diagnóstico se hizo necesaria la revisión teórica de Regina Waldow, además las teorías psicosociales así como la literatura ya que fue la principal fuente para la fundamentación, finalmente se establecieron los problemas reales y potenciales. Posteriormente se planificó los cuidados necesarios fomentando la conservación de la integridad tanto física, social, psicosocial y espiritual de la persona. Ángeles O, et al. Concluyeron: la influenza AH1N1, es una enfermedad altamente contagiosa y que muchas veces adquiere la característica de mortal, pero una intervención temprana puede evitar desenlaces fatales. El proceso del cuidado de Enfermería, permite

---

<sup>7</sup> M., Molina, F., Gestí, S., Cavero, J. (2003) Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. *Enfermería Clínica*, 13 (5)313-320.

brindar, promocionar y optimizar estilos de vida saludables en una niña, con la con la ayuda de la familia, para alcanzar su bienestar.<sup>8</sup>

Los objetivos que se planteó Ferrer, A. *et al*, al realizar un estudio de caso de un lactante femenino de 6 meses de edad que padece Sx. De Down y que además fue intervenida quirúrgicamente por presentar cardiopatía congénita (coartación de aorta, ductus arteriosos, CIV).fueron: 1) Reflexionar sobre el cuidado y la relación de ayuda en el ámbito enfermero, 2) Establecer la vinculación existente entre el proceso de atención de enfermería y la relación de ayuda centrándolo en un caso real y 3) Transmitir la importancia de su integración en los cuidados basados en resultados. Para este trabajo se realizó la valoración de las necesidades según el modelo de Virginia Henderson, definiendo los diagnósticos de enfermería por la taxonomía NANDA. Se expuso como llevaron a cabo todo el proceso de interrelación en el cuidado entre el personal de enfermería con la niña y madre; así como los resultados obtenidos. La aplicación del modelo de Virginia Henderson y la valoración de las necesidades fueron necesarias para poder valorar al paciente-familia, considerándolo como un ser humano único y complejo. Ferrer, A. (et al) llego a las siguientes conclusiones en su estudio. a) La entrevista de enfermería es un buen método para la recogida de datos y para detectar los posibles problemas, con ello también es importante la planificación de cuidados, y la aplicación de las intervenciones. b) La enfermera debe tener una idea clara de su propia concepción de la persona, de la salud, de la enfermedad y de la ayuda. Señalaron como actividades de relación de ayuda: la comunicación con el paciente y familia, promover expresión de sentimientos, observar signos y síntomas de la ansiedad, observar la expresión verbal y no verbal, apoyo psicológico y terapia de refuerzo positivo, instrucción e información acerca de todos los cuidados, y técnicas, poner en contactos con grupos de ayuda. c) La necesidad e importancia de la relación de ayuda o interrelación enfermera-

---

<sup>8</sup> Angeles-Oblitas, Y., Barreto-Quiroz, M., Bolaño-Gil Hilda (2010) Proceso de cuidado de enfermería en un escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un hospital Nacional de Chiclayo , Perú. Rev enferm Hrediana, 3(1) 43-48

paciente es un aparte fundamental en la práctica clínica. d) Las personas enfermas demandan no solo cuidados físicos, sino también ser escuchados y comprendidos. e) Precisamos adquirir conocimientos, habilidades y experiencia personal en habilidades de comunicación para asumir este tipo de intervenciones con mayor responsabilidad en las mismas. f) El proceso atención de enfermería a partir de un modelo conceptual, no puede aplicarse sin un enfoque de relación de ayuda con los pacientes y/o familia. Con esta denominación podemos afirmar que nuestra profesión es de ayuda. g) La importancia de trabajo en equipos multidisciplinares. La planificación de cuidados de alta.<sup>9</sup>

En otro estudio de caso realizado por Sánchez V. de un adolescente de 13 años de edad en el Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI de la ciudad de México. Inicio su padecimiento a los ocho años de edad refiriendo dolor articular en rodillas y pie, tratado de forma intermitente, por lo que a la edad de 13 años presento imposibilidad para la marcha con dolor en cadera derecha. El personal de enfermería registra un peso de 81.500 kg y una talla de 1,72m adolescente de complexión obesa. Se llevó a cabo dicho estudio con el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson tomando en cuenta la valoración global continua del estado de independencia o dependencia del paciente; se solicitó la autorización por escrito del padre en una carta de consentimiento informado. Se empleó la valoración de enfermería, con énfasis en la exploración física general y generalizada a través de un instrumento de recolección de datos y mediante el método clínico se culminó en un plan de intervenciones de enfermería. Para establecer el grado de dependencia se utilizó una tabla de niveles llamados continuum independencia-dependencia según criterios de Phaneuf. Una de las necesidades más afectadas fue la de moverse y mantener una buena postura seguida de higiene de tegumentos, vestirse y desvestirse,

---

<sup>9</sup> Ferrer Pardavila, (et al), (2003), El proceso de atención y la relación de ayuda en enfermería pediátrica. Hospital Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña, España p.p. 52-62.

respirar, comunicación, evitar los peligros, comer y beber, eliminación, dormir y descansar, aprendizaje, realizarse y realizarse. La metodología aplicada basada en la detección de las 14 necesidades fundamentales enunciadas por V. Henderson a través del proceso enfermero; es sin duda alguna un aspecto que cambia la práctica tradicional de enfermería.<sup>10</sup>

El proceso de atención de enfermería como herramienta de trabajo del profesional de enfermería, debe tener una base donde se pueda aterrizar toda la información y que a la vez sirva de guía para proporcionar cuidados de forma individualizada de alta calidad y calidez a cada paciente. A lo largo de la lectura y después de realizar un análisis completo de cada uno de los estudios antes citados, me he podido dar cuenta que a pesar de que corresponden a diferentes especialidades y patologías y fueron realizados en diferentes países e instituciones y un sin fin de diversas características, todos coinciden en lo benéfico que es utilizar una teoría de enfermería, en este caso la de Virginia Henderson que para mi gusto se acopla de manera excepcional al proceso enfermero, tanto para el paciente pediátrico como para la profesión en sí. También pude comprobar lo que se viene diciendo desde ya hace tiempo, nos da identidad como profesión.

---

<sup>10</sup> Sánchez, V. (2001) Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enferm IMSS 9(2) 91-96.

## 1.2 Proceso De Atención De Enfermería.

Cada disciplina configura su conocimiento a través de la aplicación del método científico en su propio campo. Enfermería ha desarrollado un método específico como instrumento para garantizar una práctica profesional de calidad es una estructura teórica que organiza el conocimiento acumulado y guía la acción profesional.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática a través de un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas.<sup>11</sup>

El proceso de atención de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de 5 fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959, Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases; valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70's Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Aplicación del proceso de enfermería (2008) [en línea] Madrid, España. Recuperado el 2 de Diciembre de 2011, de <http://pdf.rincondelvago.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria.html>

<sup>12</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Interamericana p.p. 9

## CONCEPTOS

*“El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales”* (Pérez, 2002).<sup>13</sup> *“Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades, para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de salud”* (Kozier, 2008).<sup>14</sup>

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad, sus características son:

**Sistemático.** Consta de 5 pasos en los que se lleva a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados benéficos.

**Dinámico.** Podrá moverse hacia atrás o hacia adelante entre los distintos pasos del proceso.

**Flexible.** Esta se puede demostrar en dos contextos 1) se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidad. 2) sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.

**Basado en un teoría.** Es proceso se ha ideado a partir de una base de conocimientos incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Pérez, M. (2002), Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 10(2) pp63-66.

<sup>14</sup> Berman, A., Snyder, S., Kosier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall. P.176

<sup>15</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana p.14

**Humanístico.** A medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del paciente.

El proceso de enfermería consta de cinco fases o etapas sucesivas e interrelacionadas: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

## VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de enfermería. Es el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente.<sup>16</sup>

Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, con el fin de identificar las necesidades, problemas, ocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen en forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.<sup>17</sup> En efecto la valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de datos.

### ***Tipos de valoración.***

- ✓ *Valoración inicial.* Se caracteriza en el momento especificado después del ingreso en una situación sanitaria; su objetivo es establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones.
- ✓ *Valoración urgente.* Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente; objetivo es identificar problemas peligrosos para la vida. Identificar problemas nuevos o que se pasaron por alto.

---

<sup>16</sup> Alfaro, R. (2003) Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración (5ª ed.). Barcelona, España.: Masson pp 4

<sup>17</sup> Berman, A., Snyder, S., Kosier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall. p. 179

- ✓ *Revaloración a cabo de un tiempo.* Se lleva a cabo varios meses después de la valoración inicial; su objetivo es comparar el estado de salud actual del paciente con los datos basales obtenidos antes.<sup>18</sup>

El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas: ***Obtención de los datos, Organización de los datos, Validación de los datos y Registro de los datos.***

**1. Obtención de datos.** Es el proceso de adquisición de información sobre el estado de salud del paciente, debe ser sistemático y continuo para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Una base de datos es toda la información sobre un paciente comprende, la anamnesis de enfermería, la valoración física, la anamnesis y valoración física realizada por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales sanitarios.

Los datos del paciente deben incluir antecedentes así como los problemas actuales. Los datos actuales se relacionan con las circunstancias presentes como dolor, náuseas, etc. Para recoger los datos con precisión se debe contar con la participación activa de la enfermera y el paciente, los datos pueden ser subjetivos u objetivos y de tipo constante o variable.

### **Tipos de datos**

*Datos subjetivos.* O *síntomas*, solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos; Se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. El prurito, el dolor, la sensación de miedos son ejemplos de datos subjetivos, incluyen los sentimientos, sensaciones, valores, creencias, actitud, y percepción que el paciente tiene sobre la salud.

---

<sup>18</sup> Ibid p.180

*Datos objetivos.* Se llaman también signos, consisten en información observable y mensurable. Habitualmente esta información se puede ver escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o la valoración física, pueden ser medidos y confirmados frente a un estándar aceptado.

*Datos constantes.* Son los datos que no se modifican a lo largo del tiempo, como la raza el tipo sanguíneo, etc.

*Datos variables.* Se pueden modificar con rapidez como la presión arterial, la edad, la intensidad del dolor.<sup>19</sup>

### **Fuentes de datos**

*Primaria.* El paciente suele ser la mejor fuente de datos a no ser que este demasiado enfermo, sea demasiado joven, o este confundido como para comunicarse claramente, el paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede dar. Algunos pacientes no pueden o no desean proporcionar datos precisos, entre ellos están los niños pequeños y los pacientes confundidos, asustados, avergonzados, que hablan diferente lengua del personal de enfermería.

*Secundaria.* Son todas las demás que no sean por el propio paciente. Estas se utilizan en aquellas situaciones en las que el paciente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar los datos proporcionados por el cliente como:<sup>20</sup>

*Personas de apoyo.* Los familiares, los amigos y los cuidadores que lo conocen pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este. La información dada por los familiares y allegados se considera subjetiva si no se basa en hechos.

---

<sup>19</sup> Ibid p. 180

<sup>20</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana. Pp 39-41

Historia del paciente. La historia del paciente incluye información registrada por varios profesionales de salud. La historia del paciente también contiene datos respecto a la ocupación, la religión, y el estado marital del paciente. Los tipos de historias en el paciente son la historia médica, la historia de laboratorios, la terapéutica y la Bibliografía.<sup>21</sup>

### **Métodos de obtención de los datos.**

1. **Observación.** Consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables. La observación es una habilidad que exige disciplina y práctica por su parte. Exige una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos de la vista, olfato, oído, y sensibilidad.
2. **Entrevista.** Es una comunicación planificada o una conversación con objetivo. Un ejemplo de entrevista es la anamnesis de enfermería que forma parte de la valoración al ingreso.<sup>22</sup>

Las preguntas en la entrevista se clasifican en cerradas y abiertas, neutras y dirigidas. El tipo de preguntas que un profesional de enfermería elige dependen de las necesidades del paciente en ese momento.

*Cerradas.*- Se usan en la entrevista dirigida son restrictivas y generalmente solicitan un sí o no o respuestas cortas que dan información específica.

*Abiertas.*- Asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar sus pensamientos. Una pregunta abierta específica solo el tema amplio a comentar e invita a respuestas más largas que una o dos palabras.

---

<sup>21</sup> Berman, A., Snyder, S., Koziar, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall. p. 182

<sup>22</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana. pp 52- 64

*Neutra.*- Es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional, es una pregunta abierta y se usa en las entrevistas no dirigidas.

*Dirigida.*- En cambio suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente, ejemplo: Ud. Está preocupado por la cirugía de mañana.<sup>23</sup>

### Planificación de la entrevista.

Antes de comenzar una entrevista el profesional de enfermería revisa la información disponible. También revisa el formulario de recogida de datos.

Los profesionales de enfermería y el paciente deben sentirse cómodos para fomentar una entrevista eficaz equilibrando varios factores, cada entrevista está influenciada por el momento, el lugar, la disposición de los asientos o la distancia y el lenguaje.

- ✓ Momento. Los profesionales de enfermería deben planificar la entrevista con los pacientes, cuando el paciente se siente cómodo, y sin dolor y cuando las interrupciones sean mínimas.
- ✓ Lugar. Una sala bien iluminada y ventilada que este relativamente libre de ruido, movimientos y distracciones fomenta la comunicación.
- ✓ Disposición de los asientos. Una disposición de los asientos en el que las partes se sienta en dos sillas colocadas en un ángulo recto crea una atmosfera menos formal y ambos tienden a sentirse en términos iguales.
- ✓ Distancia. La distancia entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser demasiado grande ni demasiado corta. La mayoría de las personas se sienten cómodas manteniendo una distancia entre 60 y 90 cm. durante una entrevista.
- ✓ Lenguaje. No comunicarse es un lenguaje que el paciente puede reconocer es una forma de discriminación. El profesional de enfermería

---

<sup>23</sup> Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall. p.184-187

debe convertir la terminología médica complicada en un lenguaje común, y son necesario intérpretes o traductores si el paciente y el profesional no hablan la misma lengua o dialecto.<sup>24</sup>

### Estadios de una entrevista.

- ✓ Apertura. Puede ser la parte más importante de la entrevista porque lo que se dice y se hace en este momento establece el tono en el resto de la misma. Los objetivos de la apertura son establecer una buena relación y orientar al entrevistado. El establecimiento de una buena relación de un proceso de creación de buena voluntad y confianza. Puede empezar con un saludo o una presentación, acompañado de un gesto no verbal.
- ✓ Cuerpo. Durante esta segunda parte de la entrevista el profesional de enfermería enfocara el dialogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener datos necesarios. El profesional de enfermería utiliza un formulario como lista de control para asegurar que se abordan todas las áreas de contenido. Es aquí donde el paciente comunica lo que siente, piensa, y percibe en respuesta a las preguntas del profesional de enfermería, el desarrollo eficaz de la entrevista exige que el profesional de enfermería use técnicas de comunicación que hagan que las dos partes se sientan confortables y sirvan al objetivo de la entrevista.
- ✓ Cierre. El profesional de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria y debe preparar al paciente para ello. Deberá resumir los puntos más importantes comentados durante la entrevista, esto permitirá al cliente confirmar o negar la percepción de los principales problemas, de las preocupaciones del cliente o de otros datos pertinentes del profesional de enfermería. Esto sirve también para formar la base para cualquier aclaración y para el establecimiento conjunto de objetivos en el proceso de planificación. El cierre es importante para

---

<sup>24</sup> Ídem. Pp 184-187

mantener una buena relación y la confianza y para facilitar futuras interacciones.<sup>25</sup>

3. **Exploración Física.** Es el tercer método principal de recogida de datos. Es un método sistemático de recogida de datos que usa los sentidos de la vista, el oído, el olfato, y el tacto, para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación, percusión y medición.

Inspección. Se refiere a la exploración visual del cliente para determinar estados o respuestas normales. Es un tipo de observación enfocado en conductas o en características físicas específicas. Es también más sistemática y detallada que la observación ya que define características como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

Palpación. Es el uso del tacto para determinar las características de las estructuras corporales por debajo de la piel. Esta técnica le permite evaluar tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad. Sus manos son los instrumentos de palpación.

El dorso de la mano es útil para valorar la temperatura. Las puntas de los dedos se utilizan para determinar la textura y tamaño.

Las superficies palmares de las articulaciones metacarpianas son las más sensibles a las vibraciones, por lo que resulta especialmente útil en la detección de fenómenos como frémito sobre el corazón o peristaltismo.

La palpación suave es el método utilizado para explorar la mayor parte del cuerpo. La palpación profunda es especialmente eficaz en la exploración del abdomen, para localizar órganos o identificar masas no habituales.

---

<sup>25</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana. pp54-56

*Percusión.* Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. Esto permite determinar tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. La percusión directa se produce cuando golpea o percute la superficie del cuerpo directamente con uno o más dedos de una mano. La percusión indirecta se utiliza con mayor frecuencia. Se coloca el dedo índice o medio de una mano firmemente sobre la piel y golpee con el dedo medio de la otra mano.

Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos. Los sonidos mates son de tono grave y brusco y se producen al percutir músculo o hueso. Los sonidos sordos son de tono medio y se pueden escuchar sobre el hígado y bazo. La resonancia es un sonido claro y hueco producido por la percusión sobre un pulmón normal lleno de aire. El timpanismo es un sonido alto, agudo, que se escucha sobre un estómago lleno de gas o sobre la mejilla hinchada.

*Auscultación.* Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede utilizar la auscultación directa solo con el oído, para detectar sonidos como el jadeo. Sin embargo se evalúan los sonidos de forma indirecta utilizando un estetoscopio, esta técnica se utiliza más frecuente para determinar las características de los ruidos pulmonares, cardiacos e intestinales. Le permitirá identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.<sup>26</sup>

La exploración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del explorador, céfalo caudal, o por sistemas orgánicos.

**2. Organización de los datos.** Los profesionales de enfermería usan un formato escrito para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina anamnesis de enfermería, valoración de

---

<sup>26</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Interamericana. pp 61-63

enfermería o formulario de base de datos de enfermería. El formato puede modificarse en función del estado físico del paciente.

**3. Validación de los datos.** La información obtenida durante la fase de valoración debe ser *completa*, *objetiva* y *precisa* porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación es el acto de comprobar dos veces o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación de los datos ayuda al personal de enfermería a completar estas tareas:

- ✓ Asegurar que la información de la valoración es completa.
- ✓ Asegura que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- ✓ Obtiene la información adicional que puede haberse pasado por alto.
- ✓ Evita saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.<sup>27</sup>

**4. Registro de datos.** Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente.<sup>28</sup>

## DIAGNÓSTICO

Es un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las acciones de enfermería con el fin de conseguir resultados de los que el profesional de enfermería es responsable.<sup>29</sup>

Durante esta fase, se analiza e interpreta de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades,

---

<sup>27</sup> Berman, A., Snyder, S., Kosier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall. p.192,192

<sup>28</sup> Ídem.

<sup>29</sup> NANDA Internacional. (2009) Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid, España. El sevier Mosby

problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases.<sup>30</sup>

El diagnóstico es un paso fundamental en el proceso de enfermería. Las actividades que proceden a esta fase se dirigen a la formulación de los diagnósticos de enfermería; la planificación de la asistencia tras esta fase se basa en los diagnósticos de enfermería.

### **Normas y errores más comunes de los Diagnósticos de enfermería**

Son tres las fuentes principales de erros en el proceso de diagnóstico:

1. *Recogida incorrecta de los datos.* La capacidad para formar un diagnóstico de enfermería dependerá de una base de datos exacta y completa. Son varios los factores que pueden inferir en la recogida de datos, siendo algunos de ellos los problemas de comunicación, la ocultación de información y las distracciones e interrupciones.
2. *Interpretación errónea de los datos.* Dos tipos de errores pueden llevar a una interpretación inexacta de los datos, la utilización de solo un indicio o una observación para hacer deducciones prematuras y permitir que prejuicios o predisposiciones personales influyan en la interpretación de los datos.
3. *Falta de conocimientos clínicos.* Esto puede dar lugar a uno de los siguientes casos: a) que no se reúnan los datos fundamentales, b) que se agrupen indicios de forma incorrecta y c) que se interpreten los indicios de forma incorrecta.<sup>31</sup>

Al definir lo que son los diagnósticos de enfermería y comprender su desarrollo también es útil aclarar las áreas de confusión. Existen por lo menos ocho áreas potenciales de aclaración. La lista de las concepciones erróneas inicia con uno de los problemas más comunes en la aceptación del término diagnóstico de

---

<sup>30</sup> Op. Cit.

<sup>31</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana pp. 105-111

enfermería, la mala interpretación debido a su confusión con el término diagnóstico médico.

1. *Los diagnósticos de enfermería no son los diagnósticos médicos.* Los diagnósticos de enfermería describen los efectos de los síntomas y la condición patológica sobre las actividades y el estilo de vida del paciente. Es el enunciado de la respuesta conductual del paciente a la condición o situación.
2. *El diagnóstico de enfermería no es la prueba diagnóstica.* El diagnóstico de enfermería establece la reacción del paciente a la prueba diagnóstica:
3. *El diagnóstico de enfermería no es el tratamiento médico o quirúrgico.* El diagnóstico de enfermería establece la respuesta individual del paciente al tratamiento.
4. *El diagnóstico de enfermería no es el equipo.* El diagnóstico de enfermería establece la reacción del paciente al equipo.
5. *El diagnóstico de enfermería no es una simple etiqueta conceptual.* Etiquetas tales como obesidad o inmovilización y estreñimiento son demasiado generales y no definen la conexión específica ni muestra las relaciones necesarias para desarrollar órdenes significativas individualizadas de enfermería.
6. *El diagnóstico de enfermería no es una meta de enfermería.* Las metas de enfermería son declaraciones de lo que la enfermera debe buscar por el paciente. Un diagnóstico de enfermería relacionado con la ingestión de líquidos podría ser: potencial deficiencia en el volumen de líquidos.
7. *El diagnóstico de enfermería no es un simple síntoma.* El diagnóstico de enfermería consta de dos o más características definitorias y en algunos casos deben incluir criterios críticos particulares.
8. *El diagnóstico de enfermería no es una declaración del problema de la enfermera con el paciente.* Ocasionalmente las enfermeras y los pacientes desarrollan conflictos interpersonales o de comunicación que dan lugar al etiquetamiento del paciente por parte de la enfermera como difícil, exigente o imposible.

## Errores potenciales en la redacción de los diagnósticos de enfermería.

Los libros de consulta y manuales de diagnóstico de enfermería son muy útiles en la redacción de los mismos; sin embargo aún es necesario evitar algunos errores comunes.

- ✓ *Inversión de las cláusulas.* En la declaración diagnóstica la respuesta del paciente es la primera parte de la declaración y la etiología es la segunda.
- ✓ *Restablecer la respuesta en la etiología.* No debe decirse la misma cosa en ambas partes de la declaración diagnóstica. Ejemplo: termorregulación ineficaz relacionada con fluctuaciones de temperatura del individuo.
- ✓ *Incluir más de una relación en la cláusula descriptiva.* Algunas veces más de una relación real o potencial puede estar relacionada con la misma etiología. Sin embargo ya que las consecuencias son diferentes para cada relación es necesario escribir cada una de ellas por separado.
- ✓ *Incluir juicios de valores en la declaración.* La declaración de diagnósticos se obtiene de los juicios clínicos hechos a partir de los datos verificables. Hay una diferencia entre los juicios clínicos y de valores el juicio de valor incluye palabras como pobre, bueno, malo.
- ✓ *Establecer la misma respuesta varias veces cuando hay más de una etiología par una respuesta.* Usualmente, las relacionadas con la salud del paciente son complejas y pueden deducirse con más de un factor etiológico. En otras palabras pueden, varios factores pueden contribuir a una respuesta.
- ✓ *Elaborar una declaración legalmente no aconsejable.* Una manera de evitar hacer una declaración legalmente no aconsejable es usar la frase “relacionado (a) con” en vez de “debido a” o “como resultado de”. Otra manera es no hacer declaraciones potencialmente difamatorias en la etiología tales como: “excesivo volumen de fluidos relacionado con un error

de medición”. Las enfermeras son responsables de las declaraciones diagnósticas, de modo que deben considerarse las implicaciones legales.<sup>32</sup>

### **Lineamientos: como elaborar un diagnóstico de enfermería**

Una excelente referencia y en primer lugar para empezar cuando se redacta un diagnóstico de enfermería, es la lista de diagnósticos de la NANDA.

Los lineamientos que siguen se proporcionan para ayudar a las enfermeras en la redacción o validación de una declaración de las fortalezas de salud del paciente. Estos lineamientos no son pasos secuenciales si no que se presenta con los tipos de respuesta del paciente.

1. Diagnóstico de enfermería es una declaración de un problema real o potencial de salud. Pueden identificarse como tipos de problemas del paciente.
2. Los diagnósticos de enfermería se escriben como un enunciado descriptivo y etiológico.
  - a) La primera parte de la declaración es descriptiva. Identifica la respuesta del paciente a una alteración real o potencial en los procesos, patrones, funciones o desarrollo de la vida. La parte descriptiva es la etiqueta específica para la respuesta.
  - b) La segunda parte de la declaración es etiológica. La etiología establece los factores que contribuyen o influyen en la relación con la salud. Es posible que la relación con el paciente pueda estar influida por varios factores como:
    - Ambientales. Ruido, olores, iluminación.
    - Sociológicos: lenguaje, finanzas, sistemas de apoyo.
    - Espirituales: rituales, prácticas, creencias.
    - Fisiológicos: deficiencia o exceso de fluidos, hipotermia.
    - Psicológicos: miedo, ansiedad, baja autoestima.

---

<sup>32</sup> Herrera, R. (2009). Antología Teorías y Modelos de Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado (2da. Ed.). México, D.F.: Universidad Autónoma de México.

- c) Los enunciados diagnósticos pueden escribirse en tres partes: descriptivas, etiológicas y claves agrupadas. Formato PES.
  - d) Las partes descriptiva y etiológica del enunciado del diagnóstico de enfermería se une con las palabras “relacionado con”.
3. Los diagnósticos de enfermería son concisos y claros. Cuando ninguna de las etiquetas existentes se acople a la situación clínica las enfermeras pueden crear sus propios enunciados.
  4. Los diagnósticos de enfermería se centran en el paciente y son específicos y exactos.
  5. Los diagnósticos de enfermería le dan dirección a la intervención. Las partes descriptiva y etiológica de los diagnósticos de enfermería son la base para la planeación de las intervenciones de enfermería.
  6. Los diagnósticos de enfermería son la base de acciones/intervenciones de enfermería independiente e interdependiente.
  7. La lista de enunciados diagnósticos de enfermería refleja el estado actual de salud del paciente.
  8. Se prueba la valides de la lista de declaraciones diagnósticas de enfermería.<sup>33</sup>

### **Tipos de diagnóstico.**

Los tipos de diagnóstico son el real, el de riesgo, el de bienestar.

1. *El diagnóstico real*, es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Un diagnóstico actual se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.
2. Un diagnóstico *de riesgo*, es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que un problema aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga.

---

<sup>33</sup> Janet W. Griffith, Paula J. Christensen. (1982) Proceso de Atención de Enfermería, Manual Moderno. Pp146-153

3. *Un diagnóstico de bienestar* “describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad que están preparadas para su fomento, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado”.<sup>34</sup>

### **Componentes de los diagnósticos.**

El diagnóstico de enfermería actual o real, tiene tres componentes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos subjetivos y objetivos que indican su presencia. En la primera parte se identifican las respuestas humanas recopiladas en la valoración y sugiere los resultados a alcanzar, mientras que el factor relacionado, que contribuye a la manifestación de la respuesta indica las intervenciones de enfermería adecuadas. Gordon fue quien definió los componentes del diagnóstico de enfermería como “formato PES”.

El diagnóstico de riesgo describe las respuestas humanas o situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables. Por lo que tan solo está constituido por dos primeras partes del diagnóstico real, esto es el problema y el factor del riesgo causal. Por su parte los diagnósticos de salud son un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podrías alcanzar a un nivel mayor. Todos estos diagnósticos pueden formularse como tal anteponiendo “potencial de aumento de...” o “potencial de mejora de...” a la etiqueta diagnóstica y se prescinde los factores relacionados y los signos o síntomas.<sup>35</sup>

### **Clasificación de los diagnósticos según la NANDA.**

En el 2002 los diagnósticos aprobados se clasificaron en la taxonomía II. Se incluían 11 diagnósticos de promoción de la salud, así como los diagnósticos revisados y los nuevos diagnósticos aprobados. A partir de ahí, a medida que

---

<sup>34</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana pp95-96

<sup>35</sup> Herrera, R. (2009). Antología Teorías y Modelos de Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado (2da. Ed.). México, D.F.: Universidad Autónoma de México.

se desarrollaran y aprobaran nuevos diagnósticos, se añadirían a la estructura taxonómica en los lugares apropiados.

La taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Algunos diagnósticos enfermeros se prestan a ser colocados en más de un dominio y clase. La taxonomía II consta de 13 dominios, 47 clases, y 206 diagnósticos. Un dominio es una esfera de actividad estudio o interés. Una clase es una subdivisión de un grupo mayor; una división de la persona o cosas por su calidad, rango o grado.<sup>36</sup>

## PLANEACIÓN

La planeación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En esta fase se desarrollan estrategias para evitar reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería, el producto final de la etapa de planificación es un plan de asistencia del paciente.<sup>37</sup>

Aunque la planificación es responsabilidad del personal de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz.

### **Tipos de planeación.**

- ✓ *Planeación inicial.* El profesional de enfermería que realiza la valoración de ingreso suele llevar a cabo el plan de asistencia inicial completo. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial, en especial debido a la tendencia hacia las instancias hospitalarias más cortas.
- ✓ *Planeación en curso.* Esta planificación la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. La planificación en curso también

---

<sup>36</sup> NANDA Internacional. (2009) Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid, España. El sevier Mosby.

<sup>37</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana p. 157

tiene lugar al inicio de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día. El profesional de enfermería hace planificaciones diarias con los siguientes propósitos:

1. Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado.
  2. Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno.
  3. Decidir en qué problema situarse durante el turno.
  4. Coordinar las actividades de enfermería de tal manera que puedan abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente.
- ✓ *Planificación para el alta.* El proceso de planificación y anticipación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia sanitaria completa y debe realizarse en el plan de asistencias de todos los pacientes.<sup>38</sup>

### **Etapas de la planeación**

#### *1. Establecimiento de prioridades.*

Es el proceso de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo que diagnóstico de enfermería exige primero atención, cuales segundo y así consecutivamente, (los profesionales de enfermería pueden agruparlos en prioridad alta, media o baja).

Los profesionales de enfermería usan con frecuencia la jerarquía de necesidades de Maslow cuando establecen las prioridades.

- ✓ *Necesidades de supervivencia.* Las necesidades de supervivencia se han identificado como las asociadas a alimento, agua, aire, control de la temperatura, eliminación, descanso y evitación del dolor. Estas son las necesidades más básicas y los pacientes suelen utilizar todos los recursos disponibles para satisfacerlas.

---

<sup>38</sup> Berman, A., Snyder, S., Kosier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall. p.211

- ✓ *Necesidades de estimulación.* En estas se centran las asociadas a sexo, actividad, exploración, manipulación y novedad. Cuando están cubiertas las necesidades de supervivencia, el paciente intenta satisfacer las necesidades de estimulación antes de avanzar en la jerarquía.
- ✓ *Necesidades de seguridad y protección.* Estas necesidades tienen un interés especial en las personas de edad muy avanzadas o en los muy jóvenes.
- ✓ *Necesidad de amor y pertenencia.* Estas reflejan la capacidad de un individuo para asociarse o interactuar con los demás de su entorno y son cubiertas mediante la participación con la familia, los amigos y los compañeros. Estas necesidades se encontraran en pacientes con hospitalización prolongada, aislados con fines de protección o causa de infecciones y en aquellos que están situados en zonas en las que están limitadas las visitas.
- ✓ *Necesidades de autorrealización.* Los individuos se esfuerzan por sacar al máximo partido de sus capacidades físicas, mental, emocional y social para poder sentir que son lo que desean ser.<sup>39</sup>

Las prioridades cambian a medida que lo hacen las respuestas, problemas y tratamientos del paciente. El profesional de enfermería debe considerar varios factores cuando asignar prioridades, como:

- ✓ *Los valores y creencias del paciente respecto a la salud:* los valores referidos a la salud pueden ser más importantes para el profesional de enfermería que para el paciente. Pero, en una situación de amenaza para la vida, el profesional de enfermería suele tener que tomar la iniciativa.
- ✓ *Las prioridades del paciente:* implicar al paciente en la priorización y planificación de la asistencia fomenta la cooperación. Pero a veces la percepción del paciente de lo que es importante entra en conflicto con el conocimiento del profesional de los posibles problemas o complicaciones.

---

<sup>39</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana pp 158-161

- ✓ *Recursos disponibles para el profesional de enfermería y el paciente:* si escasean el dinero, el equipo o personal en la institución sanitaria, entonces a un problema se le puede dar una prioridad menor de lo habitual.
- ✓ *La urgencia en el problema de salud:* se cual sea el sistema usado, la situaciones con riesgo de vida exigen a la enfermera la asignación de una prioridad alta.
- ✓ *Plan de tratamiento médico:* las prioridades para tratar los problemas de salud debe ser congruente con el tratamiento de otros profesionales de salud.

## 2. Fijar resultados

Tras establecer las prioridades el profesional de enfermería y el paciente fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan de asistencia, los objetivos/resultados deseados describen, en términos de respuestas observables del paciente lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería. Los términos objetivos y resultado deseable se usan de forma intercambiable en este texto excepto cuando se comenta y usa el lenguaje estandarizado.

Cuando los objetivos se establecen de manera amplia, el plan de asistencia debe incluir los objetivos y los resultados deseados. A veces se combinan en una sola declaración unidas por las palabras manifestado por: ej. mejora del estado nutricional manifestada por aumento de peso de 2.5 kg el 25 de Abril.

*Propósito de los objetivos/resultados deseados.* Los objetivos/resultados deseados sirven a los siguientes propósitos:

- ✓ Proporcionan instrucciones para planificar las intervenciones de enfermería.
- ✓ Sirven de criterio para evaluar el progreso del paciente.
- ✓ Capacitan al paciente y al profesional de enfermería para determinar cuándo se ha resuelto el problema.
- ✓ Ayudan a motivar al paciente y al profesional de enfermería al proporcionarle una sensación de logro.

Objetivos a largo y corto plazo.

- ✓ *Los objetivos a corto plazo* describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones de enfermería; los objetivos a corto plazo son útiles: a) para los pacientes que exigen asistencia sanitaria en un periodo corto y b) para aquellos que se sienten frustrados por los objetivos a largo plazo que parecen difíciles de alcanzar.
- ✓ *Los objetivos a largo plazo* describen los beneficios que se esperan ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan. Se usan a menudo en pacientes que viven en casa y tienen problemas de salud crónicos y en pacientes que viven en residencias, instituciones de estancia prolongada y centros de rehabilitación.<sup>40</sup>

Componentes de la declaración de objetivos.

La declaración de los objetivos debe tener los siguientes cuatro componentes:

- ✓ *Sujeto*. El sujeto, un nombre, es el paciente, cualquier parte de él o algún atributo del paciente, como su pulso o diuresis. El sujeto se omite a menudo en los objetivos; se supone que el sujeto es el paciente a no ser que se indique otra cosa.
- ✓ *Verbo*. El verbo especifica las acciones que debe realizar el paciente, por ejemplo lo que el paciente va a hacer, aprender o experimentar.
- ✓ *Condiciones o modificadores*. Estas pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales se muestra la conducta. Explican qué, dónde, cuándo o cómo. Ejemplo: camina con la ayuda de un bastón.
- ✓ *Criterio de realización deseada*. El criterio indica el estándar con que se evalúa la realización o el nivel en el cual el paciente realizara la conducta especificada. Estos criterios pueden especificar el tiempo o la velocidad, la precisión, la distancia o la calidad.

### 3. *Escribir las actuaciones de enfermería.*

---

<sup>40</sup> Alfaro, R. (2003) Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración (5ª ed.). Barcelona, España.: Masson.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basan en el factor(es) identificados en las exposiciones de los diagnósticos de enfermería.

*Tipos de intervenciones de enfermería.*

- ✓ *Intervenciones independientes.* Son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones a otros profesionales sanitarios.
- ✓ *Intervenciones dependientes.* Son actividades realizadas bajo las órdenes o la supervisión del médico, o según rutinas especificadas.
- ✓ *Intervenciones conjuntas o interdependientes.* Son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo sanitario, como las fisioterapeutas, los asistentes sociales, los dietistas y médicos.<sup>41</sup>

Las intervenciones tienen una justificación científica, esta justificación se desarrolla a partir de su base de conocimiento que incluyen las ciencias naturales, de la conducta y humanidades. Cada intervención de enfermería debería estar apoyada por principios científicos.

Tras escoger las intervenciones de enfermería adecuadas, el profesional de enfermería las escribe en el plan de asistencia. Las intervenciones en el plan de asistencia se fechan cuando se escribe y se revisan a intervalos que dependen de las necesidades individuales.

#### 4. *Documentación del plan*

Es la cuarta etapa y final de la fase de *planeación* es el registro de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones de una

---

<sup>41</sup> Berman, A., Snyder, S., Kosier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall p. 223

forma organizada. Esto se consigue mediante la documentación del plan de cuidados.

El plan de cuidados es un método de información importante del cliente. El formato del plan ayuda a procesar la información obtenida durante la fase de valoración y diagnóstico. Facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna. El desarrollo de planes de cuidados exige habilidades de valoración, diagnósticas, de razonamiento crítico y de comunicación.

Su objetivo es dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería.

*Las características deseables del plan de cuidados son:*

- ✓ Están escritas por enfermeros titulados universitarios.
- ✓ Ser iniciado tras la primera interacción con el paciente.
- ✓ Fácilmente accesible.
- ✓ Actual.

*Los componentes que debe tener habitualmente un plan de cuidados:*

- ✓ Diagnósticos de enfermería.
- ✓ Objetivos.
- ✓ Intervenciones de enfermería.

*Documentación de las intervenciones de enfermería.*

Para evitar confusiones o repeticiones las intervenciones de enfermería las debe escribir quien las va a ejecutar. Cuando las intervenciones de enfermería dependen de acciones previas, se numeraran para seguir la secuencia designada. Todas las intervenciones deben costar de:

- ✓ Firma y fecha.
- ✓ Verbo de acción y modificadores exactos.

- ✓ Especificación de “quien, que, donde, cuando, como y con que frecuencia”.<sup>42</sup>

### **Clasificación de las intervenciones de enfermería NIC**

La clasificación de las intervenciones de enfermería NIC es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones independientes e interdependientes y cuidados tanto directos como indirectos. Algunas de las intervenciones también las realizan otros profesionales.

Cada intervención que aparece en la clasificación esta catalogada con una denominación, una definición una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia. Existen 542 intervenciones y más de 12000 actividades en la edición más actual. Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso. Los 7 campos son: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad.

Las intervenciones NIC se han relacionado con los diagnósticos de enfermería de la NANDA y los resultados NOC.

Además de los esfuerzos de la NANADA por estandarizar el lenguaje para describir los problemas que requieren de una asistencia de enfermería y crear una taxonomía de etiquetas estandarizadas del resultado obtenido en el paciente, los investigadores de enfermería también reconocen la necesidad de contar con un lenguaje estandarizado que describa las intervenciones que los profesionales de enfermería realizan. Esta taxonomía consta de tres niveles: a) nivel 1, dominios; b) nivel 2, clases; c) nivel 3, intervenciones. Como los diagnósticos de la NANDA. El profesional de enfermería puede mirar el diagnóstico de enfermería del paciente para ver que intervenciones de enfermería se aconsejan. Pero todos los diagnósticos de enfermería tienen

---

<sup>42</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Interamericana pp 197-204

sugerencias para diversas intervenciones, de manera que los profesionales de enfermería deben seleccionar las intervenciones apropiadas en función de su juicio y conocimiento del paciente.<sup>43</sup>

Cuando se planifica y registra la asistencia en una institución que usa la taxonomía de la NIC, el profesional de enfermería elige la etiqueta amplia de la intervención. No todas las actividades aconsejadas para la intervención serán necesarias en todos los pacientes, por lo que el profesional de enfermería elige las actividades adecuadas para el paciente y las individualiza para que se ajusten a los materiales, equipo y otros recursos disponibles en la institución.

## EJECUCIÓN

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar factores que contribuyen al problema del paciente.<sup>44</sup>

En el proceso de enfermería, la aplicación es la fase de acción que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería, la aplicación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones.<sup>45</sup>

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

1. *Preparación.* Exige la preparación para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación exige una serie de actividades como:
  - ✓ Revisión de las intervenciones.

---

<sup>43</sup> NIC. Clasificación de las intervenciones de enfermería. (2009) (5ª ed.) Madrid, España. El sevier Mosby.

<sup>44</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana p. 224

<sup>45</sup> Berman, A., Snyder, S., Kosier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall. p. 233

- ✓ Análisis de los conocimientos y habilidades exigidas. Determinar si se tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitara para prestar los cuidados.
  - ✓ Reconocimiento de las complicaciones potenciales. Esto permitirá poner en marcha enfoques preventivos que reduzcan el riesgo del paciente.
  - ✓ Proporcionar los recursos necesarios. Como el tiempo, el profesional y el material.
  - ✓ Preparación de un entorno adecuado y seguro.
2. *Intervención.* Es el inicio de las intervenciones de enfermería, diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades del cliente. Generalmente la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a una de seis categorías:
- ✓ Refuerzo de las cualidades.
  - ✓ Ayuda en las actividades de la vida diaria.
  - ✓ Supervisión del trabajo de otros miembros el equipo de enfermería.
  - ✓ Educación.
  - ✓ Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del paciente.
3. *Documentación.* La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los conocimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Hay cinco tipos principales de sistema de conservación de registros utilizados en la documentación de la atención del cliente:
- ✓ Graficas narrativas.
  - ✓ Gráficas orientadas hacia el problema (SOAP).
  - ✓ Gráficas focus.
  - ✓ Graficas por excepción.
  - ✓ Registros computarizados.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-Isoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana pp 224-261

## **Sistema de prestación de cuidados**

### **a) Asignación por tareas.**

En la asignación por tareas, las responsabilidades de enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles de profesionales de enfermería. Las funciones individuales son asignadas a diversos niveles de profesionales basándose en la complejidad de la tarea, incluyendo el conocimiento, las habilidades y la experiencia necesarios para llevarlas a cabo.

### **b) Equipos de Enfermería.**

Es un sistema de prestación de cuidados de enfermería en el que un grupo de profesionales titulados y no universitarios que trabajan juntos para prestar cuidados de enfermería a algunos clientes. Una unidad de enfermería se divide en dos o más equipos según el número de camas y distribución de la unidad de enfermería. El coordinador de enfermería es la persona fundamental en este modelo. Los jefes deben tener unos conocimientos y habilidades especiales, no solo en cuanto a procedimientos y técnicas de intervención con el cliente, sino también en cuanto a estrategias de tratamiento y toma de decisiones.

El éxito del enfoque en equipo dependerá de una comunicación eficaz. Este método se basa en el uso de asignaciones de la intervención de clientes por escrito, en el desarrollo y revisión oportunos de los planes de cuidados de enfermería, en la participación frecuente en conferencias de intervenciones al cliente y en los informes y cambios de impresiones frecuentes entre los miembros del equipo.

### **c) Enfermería de cuidados básicos.**

Es un sistema de prestación de cuidados que se desarrolló en la década de los 80's, en el que el personal de enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente a un grupo de clientes. El profesional de enfermería de cuidados básicos desarrolla el plan de cuidados y asegura que el plan se ejecute durante las 24 hrs. Del día. En ausencia del personal de

enfermería de cuidados básico, la intervención del cliente, se delegara en otro profesional de enfermería.

La enfermería de cuidados básicos se puede utilizar en diversos marcos incluidos los hospitales y las agencias de salud pública. Los sistemas de enfermería de cuidados básicos subrayan:

- ✓ La responsabilidad y autoridad del profesional de enfermería en tratamiento de los cuidados.
- ✓ La descentralización de la toma de decisiones, manteniéndose la autoridad en el profesional de enfermería.
- ✓ La importancia de una valoración, un diagnóstico y una planificación completas.
- ✓ La participación del cliente en la validación y el establecimiento de objetivos.
- ✓ La necesidad de comunicación entre el profesional de enfermería y otro profesional de enfermería.
- ✓ La preparación para el alta mediante la educación del cliente y de la familia, la identificación de los recursos disponibles y el envío a otros sistemas cuando sea necesario.
- ✓ La continuidad de la intervención asignando al cliente al profesional de enfermería de cuidados básicos de forma constante.

El profesional de enfermería que trabaja en un marco de prestación de intervenciones primaria debe tener: 1) un conocimiento completo del proceso de enfermería, 2) habilidades de comunicación refinadas, 3) la capacidad para llevar a cabo procedimientos de enfermería identificados en las actuaciones de enfermería, 4) técnicas para la resolución de problemas perfectamente desarrolladas y 5) un compromiso de intervención enfocada al cliente.

#### ***d) Control de casos.***

Es la segunda generación de enfermería principal. Se desarrolló en los 80's a partir de la insistencia en acortar la duración de las estancias y enfocarse en la consecución oportuna de los resultados del cliente y en la necesidad de mejorar

la efectividad y eficacia de la prestación de la intervención sanitaria. Algunos de los objetivos del control de caso son: 1) facilitar la consecución de resultados, 2) facilitar el alta inmediata o dentro de una duración suficiente de la estancia, 3) facilitar la utilización adecuada o reducida de recursos, 4) favorecer el ejercicio en colaboración, la coordinación de la atención y la continuidad de la misma, 5) favorecer el desarrollo profesional y la satisfacción del profesional de enfermería que trabaja en el medio hospitalario y 6) dirigir la contribuciones de todos los prestadores de atención hacia la consecución de los resultados del paciente.

El profesional de enfermería utiliza dos tipos de herramientas en control de casos: 1. Un plan del control de casos que consiste en un plan global de cuidados que delimitan los diagnósticos del cliente, los resultados esperados y las actuaciones. 2. La vía crítica o el curso del resultado del paciente consiste en un resumen de una página del plan de tratamiento del caso.

#### **e) Atención enfocada al paciente.**

Como resultado de las presiones de contención de los costes y del deseo de mejorar la prestación de la intervención, a principios de los años 90's surgió un nuevo modelo de prestación de atención enfocada al paciente.

Los principios de este modelo son los siguientes:

- ✓ Dotar a la unidad de enfermería de tantos servicios como sea posible para reducir al mínimo los desplazamientos del cliente para hacerse pruebas o ir a otro servicio.
- ✓ Combinar profesionales de la enfermería con otros profesionales para que asuman nuevas responsabilidades.
- ✓ Potencia la colaboración y comunicación entre todos los niveles dentro de la organización.
- ✓ Aumenta la proporción de cuidadores directos del cliente al tiempo que reduce el número del personal con las que este tiene que interaccionar.

- ✓ Diseña de nuevo descripciones de trabajo y elimina algunos de los depts. Del hospital.
- ✓ A menudo se diseña de nuevo la unidad de enfermería, eliminando o reduciendo el tamaño del control del equipo de enfermería.
- ✓ La intervención enfocada en el cliente estará regida por los principios y actividades del control de casos.<sup>47</sup>

## EVALUACIÓN

Es la última fase del proceso de enfermería. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El personal de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

La *evaluación* es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva que comprende al paciente, la enfermera y otros miembros del equipo del cuidado de la salud. Requiere el conocimiento de la salud, la fisiopatología y las estrategias de evaluación. Es útil a varios propósitos. Un propósito importante consiste en determinar el adelanto de paciente para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias, y cuidados de enfermería.

La evaluación examina cuestiones como: ¿fue eficaz la atención a la salud?, ¿se alcanzaron las metas y objetivos hasta el grado especificado?, ¿los cambios en la conducta del paciente se orientaron hacia la dirección esperada? Si es así y como, ¿Cuáles estrategias fueron eficaces?; si no, ¿Qué falta en el cuidado de enfermería? Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los

---

<sup>47</sup> Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana. cap 8 pp268-285.

objetivos la enfermera juzga la eficacia de las acciones; de este modo es capaz de apreciar la calidad de sus servicios y determinar las formas de mejorarlo.<sup>48</sup>

### Formas de evaluación.

La evaluación puede conceptualizarse en 3 formas: estructura, proceso y resultado. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, concurrente (presente) y retrospectiva (pasada), como se muestra en el siguiente cuadro.

| Estructurara   | Proceso   | Resultado  |
|--|---|--|
| <b>Propósito</b><br>La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimiento, políticas, y personal para cubrir las necesidades del paciente. | La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.                             | La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada y las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería. |
| <b>Instrumentos o medios.</b><br>Formas de la comisión de la junta sobre hospitales.   | Escala de clasificación de competencia de enfermería.   | Sistema Wisconsin. Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.   |
| Auditorias   | Escala de la calidad de los cuidados de enfermería.   |  |
| <b>Fuentes de datos</b><br>Manuales de procedimientos.<br>Enunciados de la política de la institución.<br>Descripción de posiciones.<br>Planes de atención de enfermería.                        | <u>Concurrente.</u><br>La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades.<br>La grafica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas. | <u>Concurrente.</u><br>El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en estado de salud fisiológica y psicológica.  |
| Planes de orientación y  | <u>Retrospectivo.</u>   | <u>Retrospectivo.</u>  |

<sup>48</sup> Berman, A., Snyder, S., Kosier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall. p. 280

|  |  |   |
|--|--|---|
| programas en servicio.<br>Nivel educativo del personal.<br>Instalaciones y equipo disponibles.<br>Gráficas y kardex. | La grafica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar. | La grafica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente. |
|--|--|---|

FUENTE:(Janet W. Griffith, 1982 Proceso de Atencion de Enfermeria.Indianapolis Manual Moderno.)

## **Estructura**

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud.

## **Proceso**

La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución. Esta forma de evaluación que se concentra en el hecho de que los procedimientos se realicen con propiedad, hace interrogaciones como: ¿la enfermera identifica al paciente cuándo le administra medicamentos?, ¿fue firmada la hoja de consentimiento antes de la cirugía?, ¿se explican los procedimientos al enfermo?, los cánones para evaluar la calidad del cuidado de enfermería han sido desarrollados pero requieren de un refinamiento ulterior.

La evolución concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento en el que tiene lugar. También pueden revisarse las hojas o graficas de evolución para evidencias de las acciones de enfermería mientras que el paciente este recibíéndolas.

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

## **Resultado**

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

estado de salud que resulta de su intervención; por ejemplo, un paciente libre de signos de infección o un paciente que manifiesta haber recibido con precisión y a tiempo la dosis correcta de los medicamentos.

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

| <p style="text-align: center;"><b>Proceso</b><br/>(evaluación de enfermería)</p>   | <p style="text-align: center;"><b>Resultado</b><br/>(evaluación del paciente)</p>   |
|--|---|
| <p>Concurrente.<br/>Paciente: preguntar al paciente realizadas por enfermería.<br/>Enfermera: observar a la enfermera al cuidar, enseñar, y examinar al paciente.<br/>Gráfica: examinar la gráfica o la hoja de evolución para documentar la acción, planes y evaluación apropiados mientras que el paciente recibe servicio.</p>                                  | <p>Paciente: observar los cambios del paciente que siguen una dirección de mejoría en el estado de salud a través de conocimientos, destrezas, o habilidades nuevas. Observar el estado fisiológico del paciente o los efectos psicosociales y las conductas en busca de signos de mejoría.</p>   |
| <p><b>Retrospectivo.</b><br/><b>Examen de la gráfica:</b> buscar los datos que documenten las acciones de enfermería, los antecedentes, los objetivos y las metas del paciente, los planes de enfermería, como los signos vitales, los medicamentos administrados y la enseñanza realizada después que el paciente ha sido dado de alta del servicio de salud.</p> | <p><b>Examen de las gráficas:</b> buscar los datos que documenten los cambios en el estado de salud del paciente, en sus conocimientos, habilidades o destrezas. Los cambios fisiológicos y las conductas psicológicas hacia una mejoría de la salud, también son evidencia apropiada, después de que el paciente haya sido dado de alta del servicio de salud.</p> |

FUENTE:(Janet W. Griffith, 1982 Proceso de Atención de Enfermería.Indianapolis Manual Moderno.)

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

## **Características generales de la evaluación.**

Varios factores influyen en el proceso de evaluación y necesitan ser considerados antes de definir las fases de la evaluación.

### **Quien, que, y cuando de la evaluación.**

¿Quién determinara lo que se va a evaluar? Las reglas formuladas en los estándares de la práctica de enfermería maneja este asunto exponiendo: “el progreso del paciente/cliente hacia el logro de la meta o la falta de progreso, están determinados por el propio paciente y por la enfermera”.

¿Qué se evalúa? En el proceso de atención de enfermería el paciente es el centro y sus metas y objetivos definen lo que se evalúa.

¿Cuándo hace la enfermera la evaluación? La evaluación es un proceso activo, comienza con la valoración inicial para obtener la información básica y continua durante las interacciones con el paciente.

### **Evaluación formativa y acumulativa.**

La evaluación es formativa y acumulativa. La evaluación formativa es progresiva, juzgando cada etapa en el plan conforma se realiza, para medir el progreso del paciente hacia el logro del objetivo. Cuando el plan es implementado la enfermera evalúa la respuesta del paciente para determinar la eficacia del plan o la necesidad de cambiarlo.

La evaluación acumulativa describe el progreso o la falta de progreso del paciente, se escribe después de que se han realizado varios objetivos; en ocasiones los objetivos son inadecuados o los recursos no están disponibles y aunque los objetivos se hayan alcanzado el paciente no ha logrado la meta.

### **Lineamientos para la evaluación.**

Los alineamientos describen las etapas o fases de la evaluación.

1. Si los objetivos carecen de especificidad se dan normas para la evaluación: las normas para la evaluación con indicadores de las conductas esperadas del paciente; se escriben del mismo modo que los objetivos pero aclaran las conductas con mayor especificación. Cuando las normas se redactan hay que recordar que son:
  - ✓ Apropriadas al objetivo, la situación del paciente sus capacidades, limitaciones y sus recursos.
  - ✓ Observables y medibles.
  - ✓ Realistas y asequibles dentro de tiempo y los recursos disponibles.
  - ✓ Pertinentes al dominio (cognoscitivo, psicomotor, o afectivo) enunciado en el objetivo.
2. La evaluación formativa decide si y hasta qué grado el paciente y la enfermera ha alcanzado los planes y objetivos enunciados: durante cada interacción, la enfermera observa y compara la conducta del paciente con las normas para los objetivos; la eficacia del plan está determinada por los cambios en la conducta del paciente.
3. La evaluación acumulativa describe el progreso del paciente para lograr las metas o la carencia de progreso: la enfermera evalúa las respuestas del paciente en el logro de los objetivos y juzga si la conducta del paciente muestra progreso hacia la obtención de la meta.
4. El plan de atención de enfermería indica revisiones si las metas y los objetivos no se han logrado de manera adecuada: la modificación de los planes, normas, objetivos o metas es la última etapa en el proceso de evaluación. Algunas razones para modificar los planes:
  - ✓ Los planes no eran realistas en tiempo o recursos.
  - ✓ Los planes sobreestiman o subestiman las capacidades del paciente.
  - ✓ Se ha hecho disponible un número mayor de datos, lo cual altera el problema o interés.
  - ✓ Aparecieron problemas nuevos o resolvieron problemas antiguos.
  - ✓ Se dispone de nuevos recursos.

La enfermera determina las razones por las cuales los planes, objetivos o metas eran ineficaces y entonces decide una nueva valoración del paciente o revisa el plan de cuidados.<sup>49</sup>

### **Clasificación de los resultados de enfermería NOC**

En todas las fases del proceso de enfermería es necesario un lenguaje estandarizado o común si se van a incluir todos los datos de enfermería en bases de datos computarizadas que se analicen y utilicen en la práctica de enfermería. Los líderes e investigadores de enfermería han estado trabajando desde 1991 para establecer una taxonomía. La clasificación de los resultados de enfermería NOC que describan los resultados del paciente que responden a las intervenciones de enfermería. En las taxonomías más de 330 resultados a uno de siete dominios y a una clase dentro del dominio. A cada resultado de la NOC se asigna un identificador de cuatro dígitos y una definición.<sup>50</sup>

Un resultado de la NOC es parecido a un objetivo en el lenguaje tradicional. Es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo de respuesta a una(s) intervención de enfermería. Los resultados de la NOC se establecen de forma amplia y conceptual. Para medirlo un resultado debe hacerse más específico identificando los indicadores que se aplican a un paciente en particular. Un indicador “es un estado, conducta, o percepción de un individuo, familia o comunidad que sirve de indicio para medir un resultado” y es análogo a los resultados deseados en el lenguaje tradicional. Los indicadores se expresan también en términos neutros, pero cada resultado comprende una escala de cinco puntos (una medida) que se usa para puntuar el estado del paciente en cada indicador. Cuando usa la taxonomía de la NOC para escribir un resultado deseado en un plan de asistencia, el profesional de enfermería escribe la

---

<sup>49</sup> Janet W. Griffith, Paula J. Christensen. (1982) Proceso de Atención de Enfermería, Manual Moderno. Cap 11 pp193-205.

<sup>50</sup> NOC (2009) Clasificación de los resultados de enfermería (4ª ed.). Madrid España. El sevier Mosby.

etiqueta, los indicadores que aplica al paciente en particular y la localización en la escala de medida para cada indicador.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Berman, A., Snyder, S., Kosier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I). Madrid, España: Pearson Prentis Hall.

### 1.3 Propuesta Filosófica De Virginia Henderson

La enfermería desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados; con la publicación del libro "Notas de Enfermería" de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intentó definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales "La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible", afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicara y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Henderson, V. (1994). La naturaleza de la Enfermería, Reflexiones 25 años después. Madrid, España: Interamericana McGraw-Hill

## **Metaparadigma**

**Enfermería.** Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

**Entorno.** No dio una definición del entorno, sino más bien se basó en Webster's New Collegiate Dictionary, “. Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo”.

**Persona.** Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

**Salud.** Se equipara con la independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas.<sup>53</sup>

## **Independencia y dependencia en la satisfacción de las necesidades.**

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

---

<sup>53</sup> Luis, M., Fernández, C., Navarro, M. (1998). De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona, España: Masson, S.A.

- ✓ **Independencia en el niño.** Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en la que se encuentra.
- ✓ **Independencia en el adulto.** Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por si mismo sin la ayuda de otras personas.
- ✓ **Dependencia en el niño.** Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades cuando llega a la edad normal de hacerlo.
- ✓ **Dependencia en el adulto.** Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por si mismo, sin ayuda de otros acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de la satisfacción de sus necesidades <sup>54</sup>

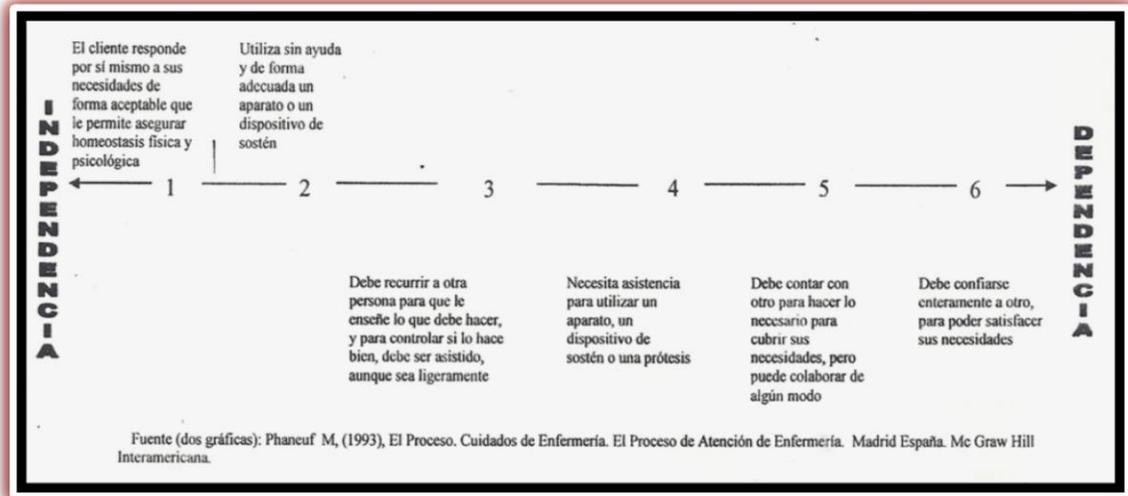
### **GRÁFICA DEL CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA**

La noción de satisfacción a nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo

---

<sup>54</sup> Phaneuf, M. (1993). Cuidados de Enfermería El proceso de Atención de Enfermería (1ra Edición). Madrid, España: McGraw-Hill pp 28-32

## Gráfica Del Continuum

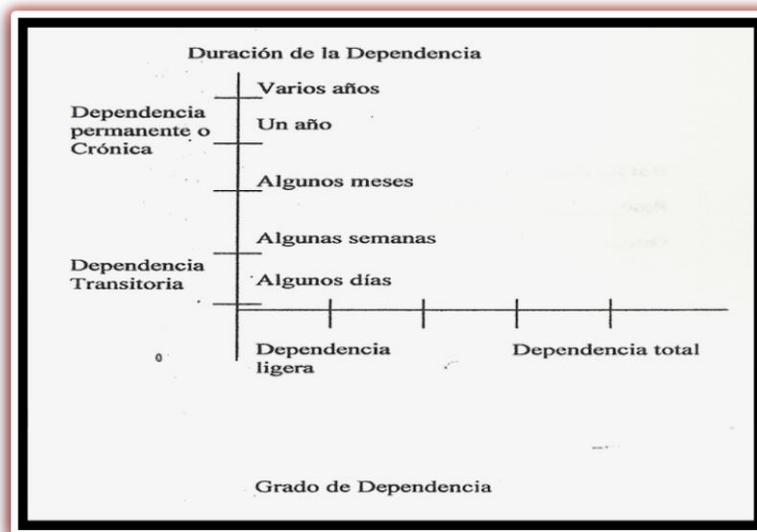


FUENTE: (Phaneuf, CUIDADOS DE ENFERMERIA El Proceso de Atencion de Enfermería1993 Madrid, España- McGraw-Hill P 311)

## GRÁFICO DE TIEMPO Y DURACIÓN DE LA DEPENDENCIA

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

## Gráfica De Tiempo Y Duración De la dependencia



FUENTE: (Phaneuf, CUIDADOS DE) ENFERMERIA El Proceso de Atencion de Enfermería1993 Madrid, España- McGraw-Hill P 311

## Fuentes de dificultad

Uno de los componentes más importantes de este modelo consiste en lo que se denominan fuentes de dificultad. Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas en forma autónoma; son las fuentes de dificultad o causas de la dependencia.

Se define como: *cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales.*

Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

- ✓ **Factores de orden físico:** por sobrecarga, insuficiencia y desequilibrio del organismo.
- ✓ **Factores de orden psicológico:** relacionadas con la inteligencia, el pensamiento y el estado de conocimientos con los sentimientos, el estrés, la ansiedad, las etapas de crecimiento o adaptación a la enfermedad, a las situaciones de crisis.
- ✓ **De orden sociológico:** ligadas a la dimensión relacional, cultural, económica y medio ambiente.
- ✓ **Con repercusiones espirituales:** relacionadas con los interrogantes trascendentales, con conflictos de valores, con determinadas limitaciones en la práctica religiosa.
- ✓ **Ligadas a la insuficiencia de conocimientos:** por falta de conocimiento de sí mismo y de los otros, de la salud, y de la enfermedad, del medio físico y social.<sup>55</sup>

O bien para fines prácticos se manejan tres áreas de dependencia o fuentes de dificultad:

---

<sup>55</sup> Phaneuf, M. (1993). Cuidados de Enfermería El proceso de Atención de Enfermería (1ra Edición). Madrid, España: McGraw-Hill

**Conocimiento.** Se refiere a la situación de salud y cómo manejarla, y a los recursos internos y externos disponibles, esto es saber **qué** hacer y **cómo** hacerlo. Cuando la persona teniendo la capacidad intelectual para comprender y recordar, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud.

**Fuerza.** Puede ser física e intelectual. En el primer caso se trata de los aspectos relacionados con el “poder hacer” que incluyen la fuerza y el tono muscular. La otra parte se refiere a “saber por qué” hacerlo y se refiere a la capacidad de para percibir y procesar la información, interrelacionarlas y tomar decisiones.

**Voluntad.** Implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia, y comprometerse a hacerla durante el tiempo necesario.

### **Necesidades básicas.**

Virginia Henderson al elaborar su modelo conceptual, define 14 necesidades básicas cada una de estas necesidades están relacionadas con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden describirse las dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales.

Aunque cada una de ellas está más relacionadas con alguna de estas dimensiones, sin embargo, en todas ellas se dan estos componentes esenciales.

**1. Necesidad de respirar normalmente.** *Inspiración:* aporte esencial de O<sub>2</sub>, difusión de gases a nivel pulmonar, intercambio a nivel celular. *Espiración:* expulsión de gas carbónico y vapor de agua.

**2. Necesidad de comer y beber adecuadamente.** Ingestión digestión y absorción de agua, de electrolitos y nutrientes esenciales para la vida.

**3. Necesidad de eliminar por todas la vías corporales.** Rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo

**4. Necesidad de mantener y conservar posturas adecuadas.** Impulso dado a los músculos, para asegurar un cambio de posición o para favorecer una buena circulación.

**5. Necesidad de dormir y descansar.** Protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal.

**6. Necesidad de escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse.** Interrupción del estado de conciencia o de la actividad, o de ambos que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas

**7. Necesidad de mantener la temperatura corporal en límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.** Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y sus pérdidas en la superficie corporal.

**8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.** Cuidados de la higiene corporal y de la imagen corporal.

**9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.** Protección contra las agresiones, internas o externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

**10. Necesidad de comunicarse con los demás y expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.** Establecer lazos con los seres próximos y con las personas de su entorno, expansionarse, desarrollarse, procreación.

**11. Necesidad de rendir culto según sus propias creencias.** Actualización de los propios valores.

**12. Necesidad de trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.** Utilización del tiempo de forma útil. Eficaz, y valorizada.

**13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.** Necesidad de actividades de esparcimiento.

**14. Necesidad de aprender, describir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y utilizar los medios sanitarios existentes.**

Adquirir conocimiento, recibir información.<sup>56</sup>

**Supuestos.**

*La enfermera* tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede valorar las necesidades humanas básicas, los 14 componentes del cuidados de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

*La persona* debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia, el paciente y su familia constituyen una unidad, las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

*La salud* es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo, toda la persona conseguirá estar sano o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimientos necesarios.

*Entorno.* Todas las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en dicha capacidad, las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad, las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas, las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes, las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

---

<sup>56</sup> Henderson, V. (1994). La naturaleza de la Enfermería, Reflexiones 25 años después. Madrid, España: Interamericana McGraw-Hill

## Postulados

- ✓ Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- ✓ El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- ✓ Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero, independiente.
- ✓ El rol de la enfermera consiste en ayudar a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

## Valores

- ✓ La enfermera tiene funciones que le son propias.
- ✓ Cuando la enfermera usara la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- ✓ La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.<sup>57</sup>

## Principios

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

**Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

---

<sup>57</sup> Luis, M., Fernández, C., Navarro, M. (1998). De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona, España: Masson, S.A. pp33,34

**Variables:** estados patológicos del cliente.

### **Afirmaciones teóricas**

- ✓ El objetivo de los cuidados es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia; o morir de forma digna.
- ✓ El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas.
- ✓ El rol profesional es suplir la autonomía de la persona o completar lo que le falta para que logre su independencia.
- ✓ La fuente de dificultad que en ese momento recibe el nombre de área de dependencia está relacionada con la fuerza, los conocimientos o la voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.
- ✓ La intervención de enfermería incluye a su vez dos elementos que son: 1) *el centro de la intervención*: son las áreas de dependencia de la persona es decir los conocimientos, la fuerza o la voluntad. 2) *los modos de intervención*: se dirigen a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza el conocimiento o la voluntad.
- ✓ Las consecuencias de las intervenciones en función de la situación del usuario pueden ser la satisfacción de sus necesidades básicas o bien morir de forma apacible.<sup>58</sup>

### **La relación enfermera-paciente**

Se pueden establecer tres niveles de relación enfermera paciente que va desde una relación muy dependiente a la práctica independencia:

- 1) La enfermera como una sustituta del paciente.
- 2) La enfermera como auxiliar del paciente.

---

<sup>58</sup> Ídem pp 34,35.

### 3) La enfermera como una acompañante del paciente.

Como compañera la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias, como la edad, el carácter, el estado de ánimo la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.

#### **La relación enfermera-médico.**

La enfermera tenía una función especial, diferente de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente deben aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico establecido por el médico. Yendo más allá Henderson recalca, que la enfermera ayudaba al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos.

#### **La enfermera como miembro del equipo sanitario.**

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para complementar el programa de asistencia pero no debe realizar las tareas ajenas. Recordaba que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no puedan llevar a cabo dentro de su función especializada<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Henderson, V. (1994). La naturaleza de la Enfermería, Reflexiones 25 años después. Madrid, España: Interamericana McGraw-Hill.

## 1.4 Aspectos Éticos en el Cuidado de Enfermería

Las personas que reciben los servicios de enfermería cada vez tienen más conocimientos sobre el concepto de calidad, sobre los derechos humanos y también de manera importante sobre lo que es su enfermedad<sup>60</sup>

La enfermería es una profesión que puede hacer mucho bien o mucho mal, y esto puede ser cambiado según la disposición del sujeto. El cuidado del paciente es parte del tratamiento. Unos buenos cuidados de enfermería llevarán al paciente al restablecimiento de su salud o afrontar más dignamente su condición actual. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar no sólo a no recuperar la salud, sino a lesionar la ya de por sí vulnerable situación de aquél que se confía a los cuidados del profesional de enfermería.<sup>61</sup>

Con la bioética como disciplina nosotros personal de enfermería debemos hacer confluir las vertientes del pensamiento en la más digna de las ideologías, “el cuidado de la vida” que la humanidad nos ha confiado, con ciencia y conciencia resistiendo el aparente conflicto entre los avances científicos y la ética buscando el análisis crítico de la verdad y el mayor respeto a los derechos y la dignidad humana.

La bioética hoy en día es el centro de preocupación de todos los que reflexionamos sobre la humanidad y la que nos impulsa a trabajar con denuedo en el cuidado integral del paciente y su familia por los caminos del respeto, la solidaridad y el amor.<sup>62</sup>

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

---

<sup>60</sup> Ruiz, R. (1999). La ética y la Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 7 (1-4)4

<sup>61</sup> Paéz, R. (2000). La ética de las virtudes y Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Vol. 8 (1-4)60-68

<sup>62</sup> Suárez, M., Tellez, E., Jasso, M. (1999). La bioética en el desempeño de la Enfermera. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Vol. 7(1)46-48.

## **Código de ética de la enfermera en México.**

- ✓ La enfermera proporcionará servicios respetando la dignidad humana e individualidad de su paciente, sin reparo en el nivel socioeconómico, atributos personales o naturaleza de los problemas de salud.
- ✓ La enfermera defenderá el derecho de que el paciente tiene a la discreción, protegiendo información confidencial juiciosamente.
- ✓ La enfermera actuará para salvaguardar al paciente cuando su salud y seguridad se vean afectadas por la práctica incompetente, poco ética o ilegal de cualquier persona.
- ✓ La enfermera asumirá responsabilidad y exigibilidad en las acciones y juicios individuales de la enfermería.
- ✓ La enfermera siempre realizará con eficiencia las tareas asignadas.
- ✓ La enfermera ejercerá juicio y empleará su capacidad y habilidad individual como criterio para buscar asesoría, aceptar responsabilidades y delegar actividades a otros.
- ✓ La enfermera participará en actividades que contribuyan a la evolución continua de los conocimientos del equipo profesional.
- ✓ La enfermera participará en los esfuerzos profesionales para poner en práctica y mejorar las normas de enfermería.
- ✓ La enfermera participará en los esfuerzos del gremio para establecer y conservar condiciones de trabajo que redunde en una asistencia de mejor calidad.
- ✓ La enfermera participará en el esfuerzo profesional para proteger al público contra la mala información e interpretación falsa y mantener la integridad de su profesión.
- ✓ La enfermera colaborará con miembros del equipo médico y paramédico y otros ciudadanos para promover los esfuerzos nacionales y comunitarios por satisfacer las necesidades asistenciales del público.

## Principios

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

**Beneficencia y no maleficencia.-** Se entiende 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.

**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 traducen 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.

**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.

**Valor fundamental de la vida humana.-** Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

**Privacidad.-** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se

obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

**Fidelidad.-** Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

**Veracidad.-** Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

**Confiabilidad.-** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

**Solidaridad.-** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

**Tolerancia.-** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones

incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

**Terapéutico de totalidad.-** Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

**Doble efecto.-** Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno;
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

### **Decálogo de la enfermera**

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> SECRETARÍA DE SALUD. COMISION INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA, CODIGO DE ETICA Para las Enfermeras y Enfermeros de México. México, D.F. Diciembre, 2001.

## **1.5 Factor De Dependencia**

### **SÍNDROME DE INTESTINO CORTO.**

#### **Estomago e intestinos**

El intestino primitivo se puede identificar desde la cuarta semana de gestación y está compuesto por intestino anterior, medio y posterior. El proceso suele terminar en la 8ª semana de gestación.

#### **Digestión y absorción.**

La pared del estómago, el intestino delgado y el colon contienen cuatro capas: mucosa, submucosa, muscular y serosa. El 85% de la mucosa gástrica esta tapizada de glándulas oxínticas que contienen células que segregan ácido clorhídrico, pepsinogeno y factor intrínseco, y de células mucosas y endocrinas que segregan péptidos con efectos paracrinos y endocrinos.

El pepsinógeno es un precursor de la enzima proteolítica pepsina y el factor intrínseco es necesario para la absorción de la vitamina B12. La secreción ácida es baja al momento del nacimiento, aunque aumenta de forma espectacular en 24 horas y junto con la pepsina alcanza un máximo durante los 10 primeros días y disminuye a partir de los 10-30 días del nacimiento. La secreción del factor intrínseco aumenta muy despacio durante las dos primeras semanas de vida.

El intestino delgado mide aproximadamente 270 cm al nacimiento en un neonato a término y crece hasta la longitud del adulto entre 450 y 550 a la edad de 4 años. La mucosa del intestino delgado por vellosidades que son proyecciones digitales de la mucosa hacia la luz intestinal que aumentan significativamente el área de absorción. La superficie mucosa se expande a un más mediante un borde ciliado que contiene enzimas digestivas y mecanismos de transporte para los monosacáridos, los aminoácidos, los dipeptidos y tripeptidos y las grasas. La mucosa del intestino delgado se renueva por completo cada 4-5 días lo que proporciona un rápido mecanismo de reparación

tras el daño; sin embargo en los lactantes pequeños o en los niños desnutridos este proceso puede estar retrasado. Los mecanismos que permiten la digestión y absorción de las proteínas funcionan desde la 20ª semana de gestación, incluidas enzimas pancreáticas. Normalmente los carbohidratos las proteínas y las grasas se absorben en la mitad superior del intestino delgado, los segmentos distales representan una reserva amplia de capacidad de absorción. La mayor parte del sodio, potasio, cloro y el agua se absorben en el intestino delgado. Las sales biliares y la vitamina B12 lo hacen selectivamente en el ileo distal y el hierro en el duodeno y en el yeyuno proximal. La digestión intraluminal depende del páncreas exocrino.

La digestión de carbohidratos suele ser un proceso eficiente que se completa en el duodeno distal. La absorción de grasa ocurre en dos fases. La absorción de grasas es menos eficiente en el neonato en comparación de los adultos. Los lactantes prematuros pueden perder hasta un 20% de sus calorías grasas en comparación de con un 6%, o menos, en el adulto, los factores contribuyentes son una síntesis disminuida de ácidos biliares y de lipasa pancreática y la menor eficiencia de la absorción ileal. La lipasa de la leche humana estimulada por las sales biliares aumenta la acción de la lipasa pancreática.

El colon es un tubo saculado de 75-100cm debido a las tres bandas de músculo longitudinal denominadas tenias del colon, que lo atraviesan a lo largo y pliegan la mucosa formando haustras. Típicamente el movimiento de la mucosa dentro del colon se produce después de una comida. El colon extrae agua y electrolitos adicionales del contenido luminal para solidificar las heces parcial o completamente. También actúa recuperando los subproductos de la degradación bacteriana de carbohidratos. Las heces se almacenan en el recto hasta que su distensión desencadena el reflejo de la defecación, que una vez asistido de por la relajación voluntaria del esfínter externo, permite la evacuación.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Beherman, R., Kliegman, R., Jenson, Hal., (2004). Nelson Tratado de pediatría (17ª ed.) Madrid, España.: EL Sevier.pp 1228-1229

## **Trastornos de malabsorción.**

La malabsorción intestinal puede formar parte de muchas enfermedades de la infancia. Es un trastorno más que un diagnóstico y puede manifestarse como diarrea líquida, diarrea ácida o esteatorrea. La ausencia de diarrea e incluso la presencia de heces normales, no descarta la existencia no descarta la existencia de un trastorno de malabsorción.

Los síndromes de malabsorción son alteraciones que producen asimilación insuficiente de los nutrientes ingeridos como resultado de una mala digestión o de una malabsorción. Los niños con trastorno que producen efectos generalizados en la asimilación de nutrientes tienden a manifestar signos y síntomas similares: distensión abdominal, heces voluminosas, pálidas y fétidas, pérdida muscular, mala ganancia o pérdida de peso y retraso del crecimiento.<sup>65</sup>

## **Síndrome de intestino corto.**

El síndrome de intestino corto se define como malabsorción, pérdida de líquidos y electrolitos, y desnutrición después de la resección de gran parte del intestino delgado. Puede perderse hasta la mitad del intestino delgado sin que surjan problemas importantes a largo plazo para mantener la nutrición normal, a condición de que se hayan salvado el duodeno, el íleon distal y la válvula ileocecal. En cambio una resección de íleon distal que incluya la válvula ileocecal puede inducir diarrea intensa, aunque solo se haya resecado el 25% del intestino delgado.<sup>66</sup>

El síndrome de intestino corto produce malabsorción y malnutrición tras la pérdida congénita o postnatal de al menos el 50% del intestino delgado, con o sin pérdida de una porción del intestino grueso. La enseñanza tradicional es que la presencia de una válvula ileocecal competente parece tener un valor

---

<sup>65</sup> Ídem pp 1257.

<sup>66</sup> Wyllie, R., Hyams, J. (2001).Gastroenterología Pediátrica (2da. Ed.) México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana pp 357

Pronóstico en el síndrome de intestino corto. Un lactante con un intestino de apenas 15 cm de longitud con válvula ileocecal o 20 cm si ella tiene la posibilidad de sobrevivir e incluso se le puede retirar la nutrición parenteral total. Estos datos son solo aplicables a pacientes a los que se realiza la resección en la etapa neonatal. Los niños mayores también pueden adaptarse a pesar de una resección intestinal significativa.

El intestino corto da lugar a una superficie de absorción inadecuada y el deterioro de la función intestinal, que puede no ser permanente porque el intestino puede adaptar su crecimiento y aumentar su capacidad funcional. La adaptación es un proceso gradual asociado con un aumento de la altura de las vellosidades y de la superficie de intestino delgado, más que en el alargamiento del mismo.

Este trastorno puede ser congénito cuando se pierde intestino durante la vida intrauterina (rotación patológica, gastrosquisis, y en algunos casos, atresia). Las atresias múltiples pueden ser el resultado de anomalías en arterias mesentéricas superior, que producen una deformidad del intestino delgado. Muchos casos requieren una resección quirúrgica del intestino delgado. La mayoría se produce en el periodo neonatal (enterocolitis necrosante), aunque la enfermedad de Crohn y el traumatismo pueden ser responsables del comienzo tardío.

La tolerancia inicial del lactante a la resección de una gran parte del intestino delgado no es tan buena como la de un adulto, porque carece de reserva intestinal. En cambio, el pronóstico a largo plazo del lactante es más favorable, porque tiene mayor capacidad residual para crecer y desarrollarse.<sup>67</sup>

## **Etiología**

Entre las causas más comunes destacan enterocolitis necrosante, vólvulo, atresia yeyunoileal, y gastrosquisis. El vólvulo del intestino medio y la

---

<sup>67</sup> Ídem.

enfermedad de crohon difusa del intestino delgado predominan en los niños mayores. Causas menos frecuentes del síndrome de intestino corto son el traumatismo de las vías gastrointestinales y la aganglionosis total del colon, con extensión proximal al intestino delgado.

### **Fisiopatología**

El defecto básico del síndrome del intestino corto es una disminución notable del área de superficie intestinal para la absorción de líquidos, electrolitos y nutrientes. Esta deficiencia, aunada a la aceleración del tránsito del contenido intestinal, y en ocasiones al tránsito desordenado, altera la digestión intraluminal. El efecto de la resección intestinal depende de 6 factores principales: 1) la cantidad del intestino delgado residual, 2) si este es proximal (yeyuno) o distal (íleon), 3) si se reseca la válvula ileocecal, 4) si también se reseca el colon, 5) el grado de adaptación intestinal que ocurre con el tiempo y 6) la presencia de enfermedad intestinal residual o de complicaciones quirúrgicas. Estos factores influyen en la necesidad de líquidos, electrolitos y nutrientes de cada individuo y determinan el tiempo que se requiere para la adaptación intestinal total.

### **Fisiopatología específica del sitio**

Es muy raro que el duodeno deba resecarse entre otros segmentos del intestino delgado. Su resección o derivación ocasiona malabsorción de hierro, folato y calcio y pone al paciente en riesgo de anemia y osteopenia. La falta de coordinación entre la mezcla de bilis y la secreción pancreática con el contenido del duodeno también afecta la digestión intraluminal, así como la absorción de grasa y de vitaminas liposolubles.

La resección selectiva del yeyuno proximal por lo general no causa diarrea crónica, porque el íleon y el colon están íntegros y se adaptan para resorber nutrientes y el exceso de líquidos y electrolitos; la pérdida de una porción extensa del yeyuno debía causar disminución de la estimulación hormonal de la secreción pancreática y biliar, además que puede disminuir la actividad de la

lactasa intestinal por lo que es fermentada por las bacterias que producen lactato y ácidos grasos volátiles de la cadena corta. Los azúcares no hidrolizados y no absorbidos también contribuyen a un medio fértil para la sobreproliferación bacteriana y a la producción de metabolitos potencialmente tóxicos, derivados del metabolismo bacteriano, como el D- lactato.

La pérdida de una porción moderada de íleon terminal y de colon derecho también puede contribuir a la diarrea dada la poca capacidad de absorción de cloruro de sodio. Solo el íleon y el colon pueden absorber cloruro de sodio.

La resección de la válvula ileocecal conlleva un aumento de intensidad de la enfermedad y dependencia prolongada de suplementos nutricios. La integridad de la válvula evita el reflujo de bacterias del colon y la sobreproliferación bacteriana.

Los pacientes que además de la resección intensa del intestino delgado, han sido sometidos a colectomía parcial o total, tienen mayor tendencia a desarrollar deshidratación grave, hipovolemia, hipopotasemia, hipomagnesemia e hiponatremia. Se ha demostrado que el colon íntegro y sano es capaz de absorber 6 litros de agua y 800 mEq de sodio. También salva a los carbohidratos que han sido mal absorbidos.

### **Consecuencias clínicas específicas de la resección intestinal**

Aunque las causas primarias de la absorción defectuosa en el síndrome de intestino corto son pérdida de la superficie de absorción y desorganización de los patrones de motilidad normales, la resección intestinal también tiene efectos secundarios muy importantes que exacerban la malabsorción retrasan la adaptación del intestino delgado y complican el tratamiento del paciente como son: *hipersecreción de ácido gástrico, sobreproliferación bacteriana*(que es la

complicación más frecuente en estos pacientes), *acidosis D-lactica, cálculos renales y vesiculares.*<sup>68</sup>

### **Manifestaciones clínicas**

Las manifestaciones clínicas más importantes son malabsorción y diarrea. La capacidad para asimilar nutrientes se relaciona con la longitud y la localización así como la calidad del intestino residual. La mal absorción de hidratos de carbono y la esteatorrea son las características frecuentes que producen diarrea y retraso en el crecimiento. Por lo general hay una secreción elevada de volúmenes de líquido y electrolitos en el tracto intestinal superior que se deben reabsorber. Esta capacidad de reabsorción suele ser inadecuada en síndrome de intestino corto, por lo que el líquido y los electrolitos se pierden y se pueden producir deshidratación, hiponatremia, hipopotasemia y acidosis. El grado de pérdida viene determinado por la presencia o ausencia del colon a continuación del intestino delgado. Así mismo existe malabsorción de oligoelementos que se pierden en exceso. Rara vez aparece acidosis D-láctica como resultado de la fermentación de los hidratos de carbono de la dieta por las bacterias luminales del intestino delgado a causa de su proliferación. El análisis rutinario cualitativo de ácido orgánico en orina puede revelar un aumento de la excreción de lactato, 3 hidroxipropionato, fenilacetato, y 4-hidroxifenilacetato, que es un patrón urinario típico del síndrome de hiperproliferación bacteriana. Estos pacientes suelen presentar colestasis asociada como resultado de la sobrealimentación y otros factores, que pueden contribuir a una malabsorción continuada de grasas y vitaminas liposolubles y dar lugar a cirrosis.

### **Tratamiento.**

Sobreviven más del 90%. La utilización de nutrición parenteral mejora mucho el pronóstico. Estos pacientes no pueden nutrirse de forma adecuada solo por vía entérica, por lo que inicialmente se les debe administrar la mayor parte de la

---

<sup>68</sup> Wyllie, R., Hyams, J. (2001).Gastroenterología Pediátrica (2da. Ed.) México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana pp 357-359

alimentación por la vía intravenosa. Al principio se suministran cantidades muy pequeñas de nutrientes entéricos mediante infusión gástrica continua. Por lo general la dieta utilizada es una elemental de concentración normal (20 kcal/onza). La exposición a nutrientes entéricos contribuye al crecimiento de adaptación del intestino delgado. Según se tolere, la cantidad puede aumentarse poco a poco, quizás en 1-2 ml/hr/24 hora, a medida que se reduce simultáneamente la cantidad de nutrición parenteral. Cuando se alcanza un nivel en el que se incrementan la diarrea y la malabsorción, debe postergarse la progresión de la alimentación enteral. Aunque la longitud residual del intestino delgado sigue siendo un factor predictiva importante de la duración de la NPT, otros factores como la introducción precoz de la leche materna o formulas basadas en aminoácidos, son importantes en la adaptación intestinal.

Estudios previos en paciente con síndrome de intestino corto mostraron la eficacia de las dietas elementales con hidrolizados e proteínas o aminoácidos, polímeros de glucosa y MCT en fases de adaptación tempranas del síndrome de intestino corto. Se pensaba que estas fórmulas se absorbían con más facilidad y estimulaban menos secreciones gastrointestinales endógenas. Sin embargo estudios más recientes han demostrado que las dietas elementales no se absorben mejor que los polímeros, aun en las fases más tempranas de la alimentación enteral.<sup>69</sup>

Durante la progresión de la nutrición enteral pueden producirse diarrea sanguinolenta secundaria a colitis leve parcheada de etiopatogenia desconocida, pero por lo general benigna. La estenosis tras la enterocolitis necrosante neonatal puede producir también heces con sangre.

Cuando sea posible, debe administrarse al lactante una cantidad pequeña de formula por boca para mantener su interés de la alimentación oral y minimizar o evitar las aversiones a esta. En niños de más de 1 año, a veces es posible añadir una pequeña cantidad de sólidos por la boca. Cuando el intestino es muy

---

<sup>69</sup> Wyllie, R., Hyams, J. (2001).Gastroenterología Pediátrica (2da. Ed.) México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana pp 366

corto pueden transcurrir varios años hasta q se interrumpa la nutrición parenteral.

Ciertos factores parecen influir en la duración de la nutrición parenteral hasta que el niño pueda prescindir de ella. Los lactantes con menos de 40 cm de intestino delgado precisan el doble del tiempo que los lactantes con 40-80 cm (por término medio, un poco más de dos años frente a un año). La ausencia de válvula ileocecal duplica el tiempo hasta la adaptación completa; los otros factores permanecen igual. La longitud del íleon residual se relaciona inversamente con el tiempo hasta la adaptación. La presencia de válvula ileocecal no siempre se asocia con un mejor resultado, que sí está relacionado con lactancia materna, formula basada en aminoácidos, porcentaje de kilocalorías tomadas por vía enteral a las seis semanas de vida y longitud residual del intestino delgado en el momento de la cirugía. La proliferación bacteriana en el intestino delgado se ha asociado con una dependencia prolongada a la nutrición parenteral es habitual a niños con intestino corto y puede retrasar la progresión a la alimentación enteral. El tratamiento empírico consiste en metronidazol, trimetoprim-sulfametoxazol o antibióticos no absorbibles que cubran bacterias anaerobias y gramnegativas.<sup>70</sup>

Los objetivos de la terapéutica farmacológica son reducir la diarrea incapacitante, ayudar a controlar la pérdida de líquidos y electrolitos y tratar las complicaciones que se presenten. La cimetidina, ranitidina y el omeprazol suprimen con eficacia los síntomas de la hipersecreción acida y reduce el volumen de la secreción gástrica. Cuando el intestino delgado se continúa directamente en el colon, la malabsorción de ácidos biliares puede producir secreción líquida en el colon. En esta situación puede ser útil la colestiramina, 100 a 250 mg/kg/día cada 6-8 horas, para reducir la diarrea acuosa.

---

<sup>70</sup> Beherman, R., Kliegman, R., Jenson, Hal., (2004). Nelson Tratado de pediatría (17ª ed.)Madrid, España.: EL Sevier.pp 1262

En los niños el único medicamento antidiarreico que ha sido ampliamente aceptado es la loperamida porque en dosis terapéuticas carece de efectos opioides extra intestinales.

### **Signos generales de adaptación**

Los principales cambios morfológicos en animales con resección de intestino delgado a condición de que el animal se alimente por vía oral son: aumento en la longitud de las vellosidades y de las criptas, a causa del incremento en el número de células, pero no en el tamaño de cada una de ellas. Los cambios morfológicos conllevan incremento funcional en la absorción de la mayor parte de los nutrientes, se han demostrado incremento en la absorción de grasas, proteínas, glucosa, galactosa, sacarosa, maltosa, sodio, agua, ácidos biliares, vitamina B<sub>12</sub>, calcio y zinc, por centímetro de intestino residual.

Pero pocos estudios han demostrado que ocurran cambios morfológicos de adaptación similares en el intestino delgado del ser humano.<sup>71</sup>

### **Complicaciones a largo plazo.**

Las complicaciones a largo plazo son las de nutrición parenteral: infecciones de catéter central, trombosis, hepatotoxicidad y litiasis biliar. Por esta razón, se deben realizar esfuerzos continuos para introducir la alimentación enteral, lenta pero decididamente, incluso en pequeñas cantidades. Entre otras complicaciones tardías del intestino corto se incluyen la posibilidad de deficiencia de vitamina B12. La reserva de esta vitamina adquirida en el útero es tan grande que la deficiencia puede no aparecer hasta los 1-2 años de edad, por lo que es importante realizar controles periódicos de los niveles de dicha vitamina. La litiasis biliar se encuentra en el 60% de los lactantes que reciben NPT crónica y que han tenido resección ileal terminal, pero en ningún niño con

---

<sup>71</sup> Wyllie, R., Hyams, J. (2001).Gastroenterología Pediátrica (2da. Ed.) México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana pp 361

íleon intacto. En el síndrome de intestino corto, la trombosis venosa y la deficiencia de vitamina se ha asociado con hiperhomocisteinemia.<sup>72</sup>

### **Pronóstico de los lactantes y niños con síndrome de intestino corto**

El pronóstico ha mejorado en grado sustancial desde que se cuenta con la NPT. Con el advenimiento del trasplante de intestino delgado como opción terapéutica viable, aun los lactantes con pérdida intestinal de magnitud suficiente como para impedir la alimentación por vía enteral pueden ser apoyados con NPT. En la actualidad a la mayoría de los lactantes se les salva la vida con la cirugía y se les mantiene con apoyo nutricio para dar tiempo al desarrollo de nuevos adelantos y mejorías en la técnica de los trasplantes de intestino delgado.

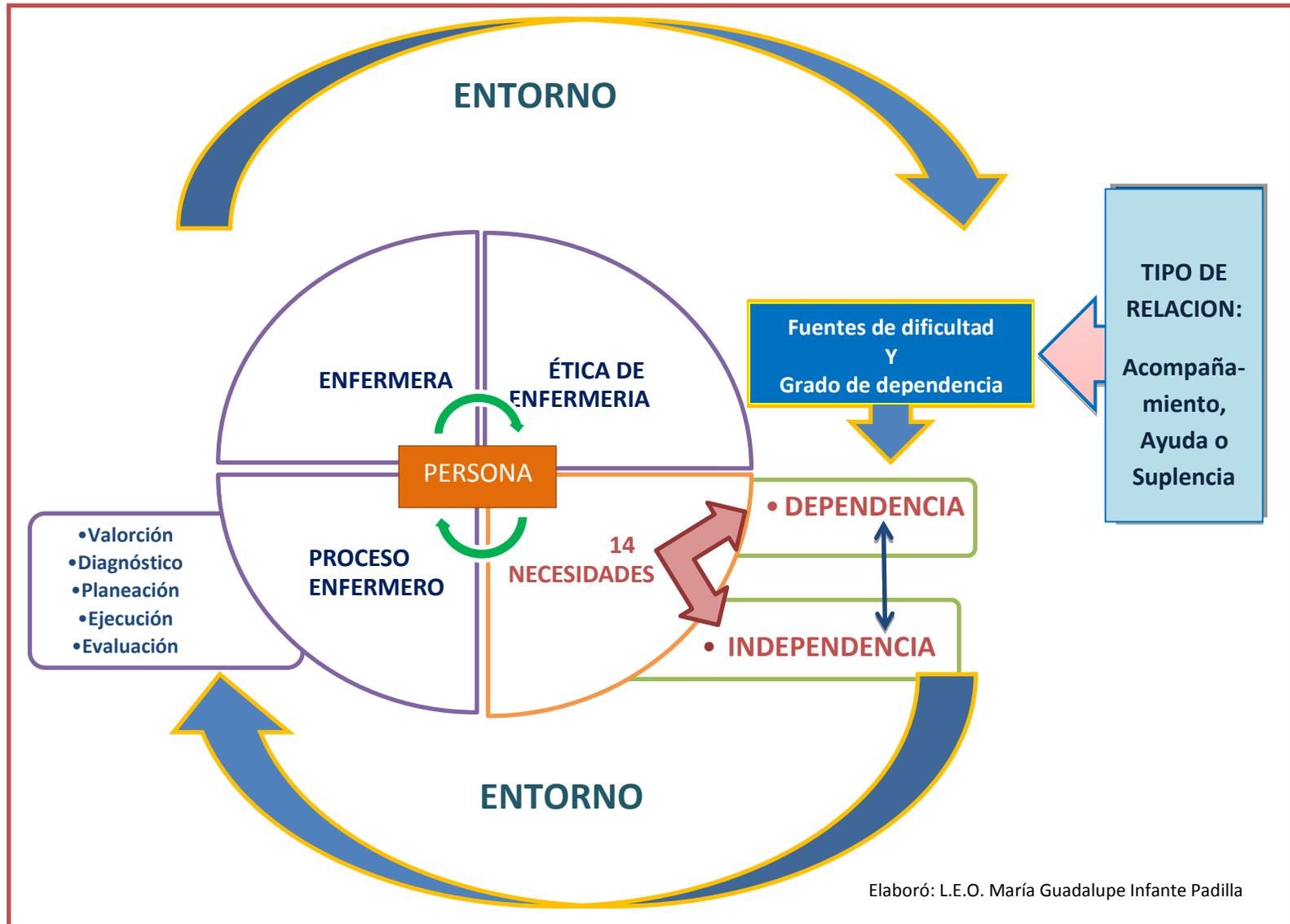
La supervivencia global, es de 80%. Aun en los lactantes con 0 a 30 cm de yeyunoíleon residual, el índice de supervivencia fue de 69%. Todavía existe correlación entre la supervivencia y la longitud de yeyunoíleon residual: sobreviven 92% de los lactantes con 40 a 80 cm de intestino delgado residual, a diferencia de 66% de quienes tienen menos de 40 cm.<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> Beherman, R., Kliegman, R., Jenson, Hal., (2004). Nelson Tratado de pediatría (17ª ed.) Madrid, España.: EL Sevier.pp 1262-1264

<sup>73</sup> Wyllie, R., Hyams, J. (2001).Gastroenterología Pediátrica (2da. Ed.) México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana pp 373

## Relación entre el Proceso Enfermero y la propuesta filosófica de Virginia Henderson



## **Relación entre el Proceso enfermero y la propuesta filosófica de Virginia Henderson**

El modelo filosófico de Virginia Henderson habla de 14 necesidades inherentes a una persona, las cuales pueden estar en dependencia o independencia lo cual habla de enfermedad o salud respectivamente. La independencia se refiere a la(s) necesidad(es) se encuentra(n) satisfecha (s) y la dependencia lo contrario ya que una o más necesidades se encuentran alteradas a causa de diversos factores del entorno en que se desenvuelve y requieren de la intervención del personal médico, entre ellas la enfermera que actúa en base a un código de ética y aspectos legales que sustentan su práctica, ella es la encargada de identificar el grado de dependencia en que se encuentra la necesidad alterada y la fuente de dificultad que lo causa (fuerza, conocimiento o voluntad) y en base a ello establecer el tipo de relación que mantendrá con la persona para lograr su independencia. Para que el profesional de enfermería pueda contribuir a la independencia de la persona acude a su herramienta de trabajo, el proceso enfermero, el cual es un método organizado y sistemático que permite individualizar el cuidado, mediante sus cinco fases valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1 Descripción del caso

El presente estudio de caso trata de un lactante mayor masculino de 2 años 5 meses, se encuentra hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) desde Octubre de 2012, con diagnóstico médico de síndrome de intestino corto, producto de la gesta 2 obtenido por parto eutócico, peso al nacimiento de 3 kg, se detecta al nacimiento malformación anorectal inespecífica (ano imperforado), proviene de una familia nuclear. Ambos padres de 35 años de edad, el padre tiene escolaridad de primaria completa, trabaja como campesino es el único proveedor económico del hogar, aparentemente sano; la madre cuenta con primaria incompleta (2do de primaria) y es ama de casa, padece de epilepsia en control con carbamezepina. Una hermana de 7 años de edad que cursa el 1er año de primaria, aparentemente sana.

Residente del municipio de Pénjamo Guanajuato, habita casa tipo rural, construcción de adobe, piso de cemento con cocina y 1 habitación, en la cual viven 4 personas 2 adultos y 2 niños, conviven con dos perros, cuenta con los servicios de agua potable y luz eléctrica, manejo de excretas al aire libre.

**Habitus externo:** Omar paciente de sexo masculino, edad aparente igual a cronológica, consiente, facies dolorosas, palidez de tegumentos (++), postura alineada, posición libremente escogida, marcha lenta (espástico), integro de constitución frágil, miembros inferiores hipotróficos, higiene corporal adecuada.

Inicia su padecimiento desde su nacimiento en el hospital general de Pénjamo Guanajuato, al nacer con ano imperforado. Se realiza colostomía al 4to día de nacido y se hospitaliza por 15 días. El 17 de Agosto del 2011 se hizo descenso y el 29 de Agosto se realiza dilatación anal en la consulta externa del hospital. El 11 de Septiembre inicia con dolor abdominal, mal estado general, vomito, acude a su hospital y por abdomen agudo se interviene encontrando, hernia

interna del intestino delgado, múltiples adherencias asa del delgado, hacia epiplón, y colostomía. Isquemia del asa del delgado, isquemia importante del todo el mesenterio. El 13 de Septiembre se reinterviene, se encuentra gran compromiso intestinal que afectaba a la válvula ileocecal. Realizan apendicetomía infructuosa que culmina en resección de ileon y colon ascendente. El 21 de Septiembre vuelven a intervenir por dehiscencia de herida, evisceración, absceso subfrenico derecho, torsión y dehiscencia parcial de anastomosis. Se realizó drenaje de absceso, cierre de colon, cierre de colostomía y yeyunostomia. En Octubre del 2011 es trasladado al HRAEB al servicio de gastropediatria. Al valorarlo se encuentra con depleción moderada de ambas reservas corporales. Nutricionalmente se encuentra desnutrición grado III (marasmo).

**Signos Vitales.** F.C. 92 X min, F.R. 24 X min. T/A 90/60 SPO<sub>2</sub> 96%

**Somatometria.**

| Fecha    | Peso     | Talla   | IMC   |
|----------|----------|---------|-------|
| 27/10/11 | 9.170 kg | 92.2 cm | 10.78 |
| 31/10/11 | 8.200 kg | 92.2 cm | 9.64  |
| 1/11/11  | 8.878 kg | 92.2 cm | 10.43 |
| 10/11/11 | 8.420 kg | 92.2 cm | 9.90  |
| 23/11/11 | 9.066 kg | 92.2 cm | 10.66 |

**Tratamiento integral.**

1. Neocate a media dilución preparar cada 4 horas 186 ml (110 mlkgdía) y pasar por SNG 40.2 ml/hr
2. NPT por catéter 28.1ml/hr.
3. Medicamentos:
  - ✓ Loperamida 0.7 mg vo c/ 8hr.
  - ✓ Omeprazol 10 mg vo c/12 hr. O ranitidina vo 36 mg c/12hr.

- ✓ Ulcoderma aplicar en pulpejos de mano derecha una vez al día.
- ✓ Glutamina 880 mg vo c/8hr.
- ✓ Colestiramina 700 mg vo c/8hr.
- ✓ Vit K tab 5mg: 1/5 vo c/24hr.
- ✓ Zinc gel caps dar el contenido de 1 caps c/8hr.
- ✓ Bedoyecta pediátrico ½ tab vo c/24hr.
- ✓ Vitaminas ACD 1ml vo c/24hr.
- ✓ Vit E 200 UI vo c/24hr.

#### 4.- Medidas generales:

- ✓ Cuidados de herida y de catéter.
- ✓ Colocar gasas entre los dedos y vendaje con algodón y guata entre los dedos de mano derecha.
- ✓ Semifowler estricto. Familiar 24 hrs,
- ✓ Reponer perdidas fecales al 100% con agua bebida muy despacio.
- ✓ Sv c/4 hr. Y CEE. Control de líquidos.
- ✓ Labstix en heces c/ 12hr.
- ✓ Mantener parche hidrocoloide alrededor del estoma y colocar óxido de zinc alrededor.
- ✓ Pesar pañales c/4hr. Y reportar gasto.
- ✓ Reportar eventualidades.

#### **Valoración exhaustiva y focalizada de las necesidades básicas.**

Después de realizar valoraciones en diferentes tiempos de cada una de las necesidades básicas descritas por Virginia Henderson, y utilizando diferentes escalas de valoración. A continuación se presentan en primer lugar las necesidades que se valoraron en dependencia, posteriormente las necesidades en riesgo de dependencia y finalmente las necesidades detectadas en independencia.

### **Necesidad comer y beber adecuadamente.**

La madre refiere ablactación a los 4 meses de edad a base de frutas y verduras. En su hogar estaba incluido en la dieta familiar, le ofrecían de todo tipo de alimento, cereales 7/7, frutas 2/7, vegetales 2/7, carne 1/7, y los horarios de comida generalmente eran 10, 14 y 19 hrs. solo le disgustaban los frijoles además de que le provocaban distensión.

Fue intervenido quirúrgicamente el día 11 de Septiembre por una complicación, y encontraron necrosis del intestino delgado y realizaron yeyunostomía. En la valoración se observa cabello delgado, débil implantación, presencia de CVC con infusión de NPT, boca hidratada, limpia, piezas dentales completas, y presencia de SNG con aporte de nutrición enteral Neocate a media dilución, abdomen presenta yeyunostomía y dermatitis periestomal, abdomen blando doloroso a la palpación, perístasis presente 4 X min. La NPT le aporta energía: 1113.66 kcal. Y proteínas 30.62g y la nutrición enteral tiene 186 ml c/4 horas en infusión continua y le aporta 781.2 kcal y proteínas 21.87g.

| <b>Fecha</b> | <b>Peso</b> | <b>Talla</b> | <b>IMC</b> |
|--------------|-------------|--------------|------------|
| 27/10/11     | 9.170 kg    | 92.2 cm      | 10.78      |
| 31/10/11     | 8.200 kg    | 92.2 cm      | 9.64       |
| 1/11/11      | 8.878 kg    | 92.2 cm      | 10.43      |
| 10/11/11     | 8.420 kg    | 92.2 cm      | 9.90       |
| 23/11/11     | 9.066 kg    | 92.2 cm      | 10.66      |

Ubicado por debajo del percentil 5 para: P/E Y T/E

Laboratorios:

| <b>Fecha</b> | <b>Albumina</b> | <b>Proteínas</b> | <b>Creatinina</b> | <b>Glucosa</b> | <b>TGO</b> | <b>TGP</b> | <b>Fosforo</b> |
|--------------|-----------------|------------------|-------------------|----------------|------------|------------|----------------|
| 25/10/11     | 3.3             | 6.2              | 0.2               | 97             | 54         | 76         | 1.9            |
| 28/11/11     | 3.9             | 6.7              | 0.2               | 76             | 91         | 220        | 3.5            |

El paciente se ubica en dependencia grado 6 de acuerdo a la gráfica de continuum, fuente de dificultad: fuerza y prioridad alta.

### **Necesidad de eliminar por todas las vías corporales.**

Al nacimiento detectan malformación anorectal por lo cual realizan colostomía que posteriormente, por necrosis, se cierra y realizan yeyunostomía a nivel del hipocondrio derecho, por la cual se observan evacuaciones liquidas y se realizó un coprológico: color verde con Ph de 6.0 y presencia de bilis ++, Moco +++, sangre +, gasto fecal de 4 a 6 ml/kg/hr (variable, pero generalmente alto), perístasis presente 4 X min. Uresis presente de forma espontánea micción no dolorosa, EGO: Ph de 7, color amarillo, transparente, densidad 1.020. y un índice urinario de 2.3 ml/kg/hr

#### Electrolitos

| Fecha    | Sodio | Potasio | Cloro | Calcio | Fosforo | Magnesio |
|----------|-------|---------|-------|--------|---------|----------|
| 25/10/11 | 135   | 4.8     | 102   | 10.3   | 1.9     | 1.8      |
| 28/11/11 | 139   | 4.0     | 9.4   | 3.5    | 1.8     | 2.8      |

El lactante se encuentra en dependencia grado 5 de acuerdo a la gráfica del continuum, fuente de dificultad fuerza y prioridad alta.

### **Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.**

Refiere la madre acostumbraba baño diario en casa por lo general por la noche, ahora en el hospital baño cada 3er día por las mañana, no cuenta con cepillo para aseo bucal pero en general buenas condiciones de higiene corporal, con mucosas hidratadas, fosas nasales limpias y pabellón auricular y conducto auditivo externo limpios, presencia de estoma con dermatitis periestomal sin datos de infección, presencia de cicatriz de herida quirúrgica, uñas limpias.

Ubicado en dependencia grado 3, con fuente de dificultad fuerza y prioridad alta.

**Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.**

El lactante ha sido multitratado por varios médicos e instituciones, está a cargo de los padres, el miedo de los padres es que pueda tener una recaída y no logre incrementar su peso corporal, no ha sufrido cambios importantes en la familia.

Lactante mayor que aún requiere del cuidado de un adulto para su cuidado y para evitar y/o prevenir de los peligros a los que puede estar expuesto tanto por la misma edad como por su enfermedad. Se observan los barandales de la cuna arriba, también refiere que se le comunico de la importancia de mantenerlos arriba y el riesgo al que se ve expuesto en caso contrario, conocen de la importancia del lavado de manos y en qué momento hacerlo, el niño nunca se queda solo siempre hay alguien con él, al papa le gustaría que le expliquen la razón de la necrosis de sus dedos. Los padres se muestran muy interesados en el cuidado de su hijo.

Independencia grado 4, fuente de dificultad fuerza, prioridad alta

**Necesidad de comunicarse con los demás y expresar sus emociones, necesidades, temores, u opiniones.**

Hijo de padres con escolaridad mínima, de nivel socioeconómico bajo, no recuerdan los padres a que edad fijo la mirada, sonrió a los 7 meses, balbuceo a los 4 meses, hace gestos con algunos medicamentos, a los 10 meses pronuncio sus primeras palabras, esta al cuidado de la mama en casa, juega con su hermana de 7 años y con un niño vecino, habla generalmente con la familia, temperamento por lo general irritable, en casa cuenta con dos perros, para consolar al niño lo cargan en brazos y le compran dulces, y él se consuela con su papá.

A la exploración logra distinguir objetos a distancia aproximada de 5 metros la agudeza visual de los lactantes es de 60/20, reflejos pupilares presentes, diámetro pupilar 2mm, responde a estímulos auditivos a más de 6 metros, cuenta con todas sus piezas dentales, paladar integro, lengua con movimientos simétricos, responde a estímulos táctiles. La comunicación del lactante se limita a movimientos, gesticulaciones, y pocas palabras como si, no, papa, mama; que para su etapa de desarrollo ya debería pronunciar más de 20 palabras y utilizar dos sílabas. Es capaz de comprender los que le dicen y repetir palabras. Es acompañado y cuidado por los padres en días alternos, los cuales refieren que el niño ya formaba frases pero a raíz de su hospitalización dejó de hablar de acuerdo a la escala de desarrollo del lenguaje se encuentra en la edad de 18 meses.

Necesidad en dependencia grado 3, fuente de dificultad voluntad, prioridad media.

### **Necesidad de mantener y conservar posturas adecuadas.**

Logro sentarse a los nueve meses, logro pararse a los diez meses, camino al año de edad, salto a los dos años y logra subir escalones, camina sin necesidad de ayuda mantiene postura alineada, la marcha es lenta y se cansa al caminar de forma mediata, al dormir postura libremente escogida.

A la exploración física: simetría de movimientos, arcos de movimientos cortos, ROTs disminuidos, fuerza muscular 3/3, miembros inferiores hipo tróficos, limitación de movimiento de 10 a 20 ° en articulación de la muñeca derecha por necrosis de pulpejos. Se mueve solo en cama, Glasgow de 15.

Dependencia grado 3, fuente de dificultad fuerza, y prioridad media.

### **Necesidad de mantener la temperatura corporal en límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.**

Omar habita en casa tipo rural la cual generalmente es de temperatura templada, sensible a cambios de temperatura por las mañanas generalmente, en caso de fiebre la controlan con medicamentos (no recuerda que dosis), por lo regular no suda, refiere la mama escoger ropa gruesa en temporada de frio y ropa ligera en temporada de calor.

A la exploración física se observa palidez de tegumentos, depleción de ambas reservas de energía, a la palpación piel de extremidades fría sin embargo llenado capilar de 2-3", resto del cuerpo con temperatura templada. Temperatura corporal de 36.2°C. La ropa que lleva puesta es la hospitalaria, en la cuna del lactante se observan 2 cobijas gruesas, la temperatura del área es templada durante el día pero en las mañanas y noches la temperatura descende. El servicio de pediatría cuenta con aire acondicionado.

De acuerdo a la gráfica del continuum se ubica al lactante en una dependencia grado 3, fuente de dificultad fuerza y prioridad media.

### **Necesidad de dormir y descansar.**

El lactante duerme 9 horas diarias con interrupciones del sueño, generalmente acostumbraba dormir junto a su papa, sin luz, y con mínimo estímulos sonoros, no es común que despierte solo por las noches, duerme siesta de 2 horas aproximadamente, tiene varios medicamentos a diferentes horarios por lo que su sueño es interrumpido por las noches, además cambios frecuentes de gases del estoma (gasto fecal elevado) pero no tiene dificultad para conciliar el sueño. Su habitación en casa es compartida, de temperatura templada. A la exploración física se muestra activo, reactivo, poco irritable, reflejos pupilares presentes, no bostezos, ni ojeras.

Se ubica necesidad en riesgo con una dependencia grado 3, fuente de dificultad fuerza y voluntad y prioridad media.

**Necesidad de aprender, describir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y utilizar los medios sanitarios existentes.**

La edad de ambos padres de 35 años, el padre escolaridad primaria, se dedica al campo tiene un sueldo variable pero aproximadamente \$900.00 semanal, la madre solo hasta 2do de primaria ama de casa. El papá refiere que espera que su hijo se recupere y cuando crezca que consiga un trabajo.

No tiene contacto más que con los papas, los cuales no lo estimulan a actividades de aprendizaje, ha sufrido varias hospitalizaciones de estancias largas, esta última abarca desde el mes de Septiembre hasta la fecha. Su desarrollo del lenguaje se ve alterado ya que está ubicado en el desarrollo de un niño de entre 15 y 18 meses para las palabras que dice con las que tiene que pronunciar. Responde adecuadamente al tacto, sonido, efectos visuales. En el servicio de pediatría cuenta con escuela durante el turno matutino.

Dependencia grado 3, fuente de dificultad voluntad y prioridad media.

**Necesidad de trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.**

Proviene de una comunidad rural, el padre es el único proveedor económico del hogar, su sueldo no es fijo, el nivel educativo es básico, el niño no acudía ni acude al preescolar, su única relación es con sus padres, su hermana y un amigo vecino de su casa, generalmente esta irritable, casi no convive con otros niños, depende de alguien que lo pasee y le ayude a caminar. La expectativa del padre para con su hijo es que se recupere y en cuanto pueda consiga un trabajo. Glasgow de 15, limitación de movimiento en mano derecha por la necrosis de sus dedos, le cuesta trabajo interactuar con los niños, retraso en el desarrollo del habla, y tiene desnutrición grado II.

Dependencia grado 4, fuente de dificultad fuerza y conocimiento, prioridad alta.

### **Necesidad de escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.**

Proviene de una familia de nivel socioeconómico nivel bajo la casa es de temperatura templada, el lactante a un es ayudado a vestirse aunque de alguna manera contribuía a vestirse y desvestirse, se colocaba zapatos. Refiere cambio de ropa limpia diario después del baño, además de adecuar su vestimenta al clima en que se encuentra expuesto.

A la exploración física se encuentra vestido con bata hospitalaria la cual es acorde a su talla y edad, la ropa de cama se observa limpia y ordenada refiere cambio de sábanas diario, cuenta con unas chanclas de su talla para caminar, usa pañales de tamaño adecuado para él, se observa una cobija que refiere la madre utilizar por las noches. Rango de movimientos amplio, limitación solo en articulación de la muñeca derecha secundaria a necrosis distal posterior a colocación de CVC yugular, hipotónico, hipotrófico, ROTs disminuidos y fuerza muscular 3/3 en la escala de MRC. Se ubica en una independencia grado 2.

### **Necesidad de respirar normalmente.**

La madre cocina con estufa de gas, la casa se encuentra en zona rural. A la exploración se encuentra al paciente con coloración pálida ++, presencia de SNG, mucosas hidratadas, paladar íntegro, cuello simétrico bien implantado, pulsos presentes rítmicos y de buena intensidad, no adenomegalias, tórax simétrico, con adecuada expansión torácica, movimientos simétricos, sin datos de dificultad respiratoria, campos pulmonares se auscultan bien ventilados, con adecuada entrada y salida de aire, sin ruidos agregados, FC 92 X min, FR 24 X min, T/A 90/60, llenado capilar 2-3", oximetría de pulso de 96% a medio ambiente. Y se tienen los siguientes laboratorios.

| <b>Fecha</b> | <b>Hb</b> | <b>HCT</b> | <b>Eritrocitos</b> | <b>Plaquetas</b> | <b>Leucos</b> |
|--------------|-----------|------------|--------------------|------------------|---------------|
| 25/10/11     | 12.3      | 35.3       | 4.30               | 303              | 10.11         |
| 24/11/11     | 14.2      | 40.2       | 4.23               | 392              | 6.13          |
| 28/11/11     | 13.5      | 39.4       | 4.44               | 189              | 5.73          |

Gasometría del día 17/11/11 muestra los siguientes resultados: Ph 7.52, PCO2 18.8, HCO3 17.6, SO2 99.

De acuerdo con la gráfica del continuum el paciente se ubica en una independencia grado 1.

### **Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

Al lactante le gusta que lo levanten en brazos, le gusta la música, prefiere jugar con carritos, tiene un perro con el cual jugaba en casa, jugaba con la hermana y con un niño vecino.

En su cuna se observan varios juguetes, el papa le pone música en el celular, lo pasean cuando es posible al área de juegos y en lo posible convive con los demás niños del piso. En cuanto a la etapa de desarrollo de Denver II el lactante realiza actividades que se encuentran dentro de la etapa de su desarrollo.

Independencia grado 2

### **Necesidad de rendir culto según sus propias creencias.**

La familia es religión católica, acuden rara vez a misa, fue bautizado pero no recuerda exactamente a qué edad (antes del año).

Se observa una imagen católica en la cuna del lactante, pero no lleva consigo algún tipo de dije, medalla o distintivo religioso, cree en Dios, le pide a Dios que su hijo se recupere y salga con bien de su enfermedad, el niño no fue planeado pero si deseado, lo quieren y lo aceptan. No conoce donde se ubica la capilla en el hospital pero si ha escuchado hablar de ella.

Independencia grado 2

## 2.2 Métodos e Instrumentos

El presente estudio de caso se realizó utilizando el proceso enfermero como herramienta de trabajo, y como base la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la valoración del paciente se llevó a cabo mediante la exploración física con el método clínico de forma exhaustiva y focalizada.

Se utilizó el *instrumento de valoración en niños de 0 a cinco años*, basada en las necesidades básicas. Además se utilizó la hoja de valoración focalizada diseñada de igual forma por las autoridades de la espacialidad. Se aplicaron los conceptos propuestos por *Virginia Henderson* para determinar el grado de dependencia de cada necesidad se consideró la propuesta hecha por Phaneuf a través de la gráfica *Continuum independencia- dependencia* y la gráfica de *duración de la dependencia*.

El instrumento de valoración en niños de cero a cinco años se utilizó para realizar la valoración exhaustiva de las necesidades básicas del lactante mayor, las hojas de valoración focalizada arrojó datos para este estudio más detallados y significativos para ampliar la valoración exhaustiva previamente realizada. Las gráficas de continuum y de duración de la desentendencia fue de gran ayuda para priorizar cada una de las necesidades.

Además se contó con la autorización de los padres del paciente en estudio, bajo consentimiento informado se efectuaron las valoraciones pertinentes, se dio a conocer los beneficios y consecuencias posibles, además se recalcó la confidencialidad de datos proporcionados o en su defecto obtenido de las valoraciones a efectuarse.

En todo momento se buscó la satisfacción del usuario y en este caso la de los padres del paciente, mediante la resolución de dudas y explicación de cada procedimiento efectuado. Durante el desarrollo del estudio se trató de apegarse lo más posible a lo establecido y pactado con los padres y sobre todo a los principios éticos y bioéticos que rigen a la profesión de enfermería.

### 2.3 Proceso de construcción del diagnóstico

| Necesidad   | Diagnostico   | Fecha de identificación | Fuente de dificultad | Grado de dependencia | Prioridad |
|---|---|-------------------------|----------------------|----------------------|-----------|
| Comer y beber adecuadamente   | 1.- Desequilibrio nutricional R/C incapacidad para absorber los nutrientes M/P peso corporal inferior al peso ideal 9.066 Kg., está por debajo de la percentil 5 en P/E, T/E, albumina de 3.3, Hb de 13.5. y diarrea. | 1/11/11                 | Fuerza               | 6                    | Alta      |
| Eliminar por todas la vías corporales                                 | 1.- Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C incapacidad de absorción de líquidos y nutrientes del tracto gastrointestinal.   | 1/11/11                 | Fuerza               | 5                    | Alta      |
|   | 2.- Diarrea R/C deficiente absorción M/P pérdida de peso corporal, dificultad para ganar peso, gasto fecal aumentado 4-6 ml/kg/hr por turno.  | 1/11/11                 | Fuerza               | 6                    | Alta      |
| Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. | 1.- Deterioro de la integridad cutánea periestomal R/C evacuaciones diarreicas M/P laceración de las capas de la piel aproximadamente 3 cm a la periferia del estoma.   | 1/11/11                 | Fuerza               | 3                    | Alta      |

|  |  |         |          |   |       |
|--|--|---------|----------|---|-------|
| Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas                      | 1.- Riesgo de infección periestomal R/C perdida de continuidad de la piel y alteración del estado nutricional.   | 1/11/11 | Fuerza   | 4 | Alta  |
| Necesidad de comunicarse con los demás y expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones. | 1.- Deterioro de la comunicación verbal R/C ambiente desconocido y falta de motivación para hablar M/P su lenguaje verbal se limita a responder “si, no, mamá, papá”, negativa voluntaria para hablar. | 1/11/11 | Voluntad | 3 | Media |
|  |  | 1/11/11 | Voluntad | 3 | Media |
| Necesidad de mantener y conservar posturas adecuadas.  | 1.- Fatiga R/C desnutrición M/P falta de energía, incapacidad para la deambulacion a medio metro.  | 1/11/11 | Fuerza   | 3 | Media |
| Necesidad de mantener la temperatura   | 1.- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C depleción de ambas reservas de energía (muscular y grasa).  | 1/11/11 | Fuerza   | 3 | Media |

|   |   |         |                   |   |       |
|---|---|---------|-------------------|---|-------|
| corporal en límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente   |   |         |                   |   |       |
| Necesidad de dormir y descansar   | 1.- Deterioro del patrón del sueño R/C interrupciones por administración de medicamentos y estímulos ambientales como ruido y luz M/P pocas horas de sueño para su edad 9hrs, cambios en los horas de sueño habitual e irritabilidad.   | 1/11/11 | Fuerza y Voluntad | 3 | Media |
| Necesidad de aprender, describir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y utilizar los medios sanitarios | 1.- Retraso en el crecimiento y desarrollo R/C Alteración del estado nutricional Y falta de estimulación M/P dificultad para realizar las habilidades típicas de su grupo de edad, se encuentra por debajo del percentil 5 en P/E, T/E. | 1/11/11 | Fuerza            | 3 | Media |

|  |   |         |                        |   |       |
|--|---|---------|------------------------|---|-------|
| existentes.  |   |         |                        |   |       |
| Necesidad de trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal | 1.- Riesgo de dependencia en la necesidad de trabajar.. R/C arcos de movilidad limitados flexión y extensión de 10 a 20° en articulación de muñeca de mano derecha, y flexión palmar limitada además de uso nulo de mano derecha. | 1/11/11 | Fuerza y conocimiento. | 4 | Media |
| Necesidad de escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse                               | 1.- Disposición por parte del cuidador primario para mejorar el vestir del lactante M/P utilización de prendas adecuadas para la edad, talla y temperatura del ambiente en el que se encuentra el lactante.                       | 1/11/11 |                        |   | Baja  |
| Necesidad de respirar normalmente  | 1.- Conductas generadoras de salud en la necesidad de respirar normalmente M/P campos pulmonares bien ventilados, SO <sub>2</sub> 99%, FC92, FR 24.   | 1/11/11 |                        |   | Baja  |
| Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas                               | 1.- Disposición por parte del cuidador primario para mejora las actividades recreativas M/P utiliza de forma adecuada los recursos que tiene a su alcance, área lúdica, juguetes, etc. para divertir al niño.                     | 1/11/11 |                        |   | Baja  |

|  |   |                |  |  |             |
|--|---|----------------|--|--|-------------|
| <p>Necesidad de<br/>rendir culto<br/>según sus<br/>propias<br/>creencias</p> | <p>1.- Disposición del cuidador primario para mantener la religiosidad M/P el cuidador primario refiere “pido a Dios que mi hijo se recupere y salga con bien de su enfermedad”, tiene una imagen religiosa (católica) en la unidad del paciente.</p> | <p>1/11/11</p> |  |  | <p>Baja</p> |
|--|---|----------------|--|--|-------------|

## **2.4 Proceso De Planeación**

El proceso de planeación se llevó a cabo partiendo de los diagnósticos que se elaboraron previa valoración focalizada de las 14 necesidades de la propuesta filosófica de Virginia Henderson.

Se establecieron objetivos a corto, mediano y largo plazo por cada uno de los diagnósticos con el propósito de resolver el problema detectado lo más rápido posible y sin olvidarse de conseguir resultados satisfactorios para el paciente y su familia.

Se realizó un análisis crítico de los problemas encontrados y las causantes de estos para posteriormente seleccionar intervenciones especializadas congruentes con estos y de esta forma lograr cumplir con los objetivos en el tiempo estipulado.

|  |   |                        |
|--|---|------------------------|
| <b>Necesidad</b>   | <u>COMER Y BEBER ADECUADAMENTE</u>  |                        |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>   | Desequilibrio nutricional R/C incapacidad para absorber los nutrientes M/P peso corporal inferior al peso ideal 9.066 Kg., está por debajo de la percentil 5 en P/E, T/E, albumina de 3.3, Hb de 13.5. y diarrea.   |                        |
| <b>Nivel de dependencia: 6</b>   | <b>Fuente de dificultad: Fuerza</b>   | <b>Prioridad: Alta</b> |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Obtendrá un adecuado estado nutricio que se reflejará en el aumento de peso por lo menos de 100 a 200 gr por semana con el apoyo y reajustes necesarios de la NPT y nutrición enteral, durante su estancia hospitalaria.   |   |                        |
| <b>Intervención/ Actividades</b>   | <b>Fundamentación</b>   |                        |
| <p><b>Manejo del peso 1D-1260 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por debajo del peso ideal.</li> <li>• Determinar el peso corporal ideal.</li> </ul>  | <p>El SIC es una entidad compleja y de alta morbi-mortalidad. La sobrevida luego de una resección intestinal extensa en la etapa neonatal es mayor al 90%. El soporte nutricional es fundamental en las etapas de mayor crecimiento.</p> <p>El manejo del peso es el mantenimiento del peso corporal a un nivel saludable. Un plan de manejo del peso depende de si la persona tiene sobrepeso o peso insuficiente.</p> <p>Las mediciones de la masa y grasa corporales se utilizan para determinar si una persona está por debajo o por encima de su peso, y en base a ello se podrá actuar de forma adecuada. (<i>Sociedad Española de medicina de familia y comunidad "Alteraciones en las pruebas del laboratorio"</i>)</p> |                        |
| <p><b>Monitorización nutricional 1D-1160 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar al paciente a los intervalos establecidos</li> <li>• Vigilar las tendencias de ganancia y pérdida de peso.</li> <li>• Vigilar niveles de albumina, hemoglobina y hematocrito.</li> </ul> | <p>Hay varios factores que pueden comprometer el crecimiento en pacientes con SIC. La NP asegura mejor progresión de peso y talla que el soporte parenteral y enteral compartido y su suspensión precoz puede condicionar una desaceleración del crecimiento. (<i>P. Gomez, et al. Documento de consenso SENPE/SEGHNP/SEFH sobre nutrición parenteral pediátrica Madrid, España. Nutr Hosp. 2007;22(6):710-19</i>)</p> <p>La medición de la Hb se usa extensamente para este propósito, porque el objetivo primordial de la mayor parte de los programas de intervención es reducir la prevalencia de la anemia.</p>  |                        |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>La albúmina y la globulina constituyen la mayor parte de las proteínas dentro del cuerpo y se miden como proteínas totales. La albúmina es una proteína sintetizada por el hígado. Constituye aproximadamente el 60 por ciento de las proteínas totales. El principal objetivo de la albúmina dentro de la sangre consiste en mantener la presión osmótica coloidal. Además, la albúmina transporta constituyentes sanguíneos importantes, como fármacos, hormonas y enzimas y ambos son indicadores nutricios en los individuos. (<i>Sociedad Española de medicina de familia y comunidad "Alteraciones en las pruebas del laboratorio"</i>)</p> <p>Tener disponible y en buen funcionamiento una bascula</p>  |
| <p><b>Alimentación enteral por sonda<br/>1D-1056 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación.</li> <li>• Irrigar la sonda de 4 a 6 horas durante la alimentación continuada.</li> <li>• Utilizar una técnica higiénica durante este procedimiento.</li> <li>• Comprobar la frecuencia de bombeo cada hora.</li> </ul> | <p>Cualquier medida que aumente el porcentaje de calorías y nutrientes que puedan administrarse por vía enteral aumentará las probabilidades de sobrevida del niño y disminuirá los costos del manejo.</p> <p>El estímulo enteral es el principal promotor de la adaptación intestinal, por esta razón, debe iniciarse tan pronto las condiciones del niño lo permitan. Este estímulo es mejor tolerado en goteos continuos. Se deben realizar aumentos progresivos isocalóricos siempre que no desencadenen pérdidas fecales mayores a 40 cc/kg/día. La alimentación enteral debe contener sustancias que promuevan la adaptación intestinal (ácidos grasos de cadena larga), que sean fácilmente absorbibles (ácidos grasos de cadena media, hidrolizados de proteínas). (<i>Valero, J., et al. Libro de Cirugía Pediátrica" Síndrome de intestino corto"</i>)</p> |
| <p><b>Administración de NPT<br/>1D-1200 Interdependiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la permeabilidad de la vía central</li> <li>• Observar si hay infiltración e infección de la vía central.</li> <li>• Comprobar la solución de NPT</li> </ul>  | <p>El cálculo de los requerimientos energéticos debe realizarse de forma individualizada, según edad, estado nutricional y enfermedad subyacente.</p> <p>La infección de las vías es debida en gran medida a una técnica de manipulación no aséptica. Por ello es imprescindible realizar siempre antes de su manipulación, sobre todo si es central, un lavado antiséptico de las manos y usar guantes estériles y en general seguir el protocolo de cada institución.</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos según órdenes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener una técnica estéril al preparar y colocar la NPT.</li><li>• Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT.</li><li>• Controlar la ingesta y eliminaciones.</li></ul> | <p>Todas las bolsas preparadas deben de ir identificadas con el nombre del paciente y su ubicación, la composición exhaustiva de la mezcla y otros datos que puedan ayudar en la administración. Las nutriciones parenterales “todo en uno” necesitan menor manipulación, tanto en la preparación como en la administración, suponen menor gasto de material fungible y de personal, sólo precisan una bomba de administración y son peor caldo de cultivo para microorganismos que los lípidos separados</p> <p>Se usarán bombas volumétricas de infusión que aseguran precisión en la velocidad del flujo y así evitar mayor y/o menor infusión de la indicada. (<i>P. Gomiz., et al. Documento de consenso SENPE/SEGHNP/SEFH sobre nutrición parenteral pediátrica Madrid, España. Nutr Hosp. 2007;22(6):710-19</i>)</p> |
|---|---|

|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| <b>Necesidad</b>   | <u>ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS</u>   |                        |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>   | Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C incapacidad de absorción de líquidos nutrientes del tracto gastrointestinal.  |                        |
| <b>Nivel de dependencia: 5</b>   | <b>Fuente de dificultad: Fuerza</b>  | <b>Prioridad: Alta</b> |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Mantendrá un equilibrio hídrico y electrolítico con el apoyo de la NPT y nutrición enteral durante su hospitalización servicio de hospitalización pediátrica.  |  |                        |
| <b>Intervención/ Actividades</b>   | <b>Fundamentación</b>  |                        |
| <b>Manejo de líquidos/electrolitos 2G- 2080 Dependiente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales.</li> <li>• Pesarse a diario y valorar la evolución.</li> <li>• Reponer pérdidas fecales al 100% V.O. muy despacio.</li> <li>• Monitorizar el estado hemodinámico.</li> <li>• Llevar un registro preciso de ingestas y eliminación.</li> <li>• Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos.</li> <li>• Administrar el suplemento de electrolitos prescrito, si procede.</li> </ul> | <p>El agua es vital para la salud y el funcionamiento normal de todas las células. La edad, el sexo, la grasa corporal, influyen en la cantidad total de agua corporal.</p> <p>El líquido del cuerpo se divide en dos compartimentos principalmente, intracelular y extracelular.</p> <p>El líquido intracelular es fundamental para el funcionamiento normal de la célula. Contiene solutos como oxígeno, electrolitos y glucosa y ofrece un medio en el cual tiene lugar los procesos metabólicos celulares.</p> <p>El mantenimiento de un equilibrio en los volúmenes y en la composición electrolítica en los líquidos de los compartimentos corporales es fundamental para la salud. Para mantener la homeostasis se deben reemplazar tanto las pérdidas normales como las inusuales de líquidos y electrolitos. (Kozier 2008; 1424-1425)</p> |                        |
| <b>Terapia intravenosa 2N-4200 Dependiente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la orden de la terapia intravenosa.</li> </ul>   | <p>Los vómitos y las diarreas en lactantes y en niños jóvenes pueden rápidos desequilibrios electrolíticos. El tratamiento mediante rehidratación oral puede emplearse para reemplazar el equilibrio hídrico y electrolítico en deshidrataciones leves y moderadas. Un tratamiento con hidratación oral en</p>   |                        |

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examinar el tipo cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución y que no haya daños en el envase.</li> <li>• Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión.</li> <li>• Vigilar frecuencia del flujo intravenoso, y el sitio de punción intravenosa durante la infusión.</li> <li>• Realizar los cuidados del sitio i.v. de acuerdo al protocolo.</li> <li>• Pesar los pañales C/4 hrs y reportar gasto.</li> <li>• Mantener las precauciones universales.</li> </ul>   | <p>los momentos iniciales puede prevenir la necesidad de tratamientos intravenosos y hospitalización. (Kozier 2008; 1434)</p>   |
| <p><b>Monitorización de electrolitos 2G-2020 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el nivel de electrolitos en suero.</li> <li>• Monitorizar los niveles de albúmina y proteínas totales, si esta indicado.</li> <li>• Observar si se produce desequilibrios acido-base.</li> <li>• Identificar posibles causas de desequilibrio electrolítico.</li> <li>• Reconocer e informar sobre la presencia de desequilibrio electrolítico</li> <li>• Observar si hay cambios en la sensibilidad periférica como entumecimientos y temblores.</li> </ul> | <p>Los electrolitos iones con capacidad para conducir electricidad, están presentes en todos los líquidos corporales y en los distintos compartimentos. Del mismo modo que el mantenimiento del equilibrio hídrico es vital para el funcionamiento normal del organismo, también lo es el equilibrio electrolítico.</p> <p>Los electrolitos son importantes para: mantener el equilibrio hídrico, controlar la regulación acido-base, facilita las reacciones enzimáticas, transmitir las reacciones neuromusculares.</p> <p>El <b>sodio</b> es el catión más abundante del LEC, no solamente entra y sale del organismo sino que también se mueve a través de los tres compartimentos líquidos manteniendo un cuidadoso equilibrio. Dado que su función es regular el equilibrio hídrico, los desequilibrios de ese ion normalmente se acompañan de alteraciones en el agua.</p> <p>Aunque la cantidad de <b>potasio</b> en el líquido extracelular es pequeña, es imprescindible para el funcionamiento neuromuscular y cardiaco normal. El</p> |

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay signos y síntomas de hipocaliemia: debilidad muscular, irregularidades cardíacas, fatiga, parestesia, disminución de los reflejos, anorexia, estreñimiento, mareos, confusión, etc.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de hiperkaliemia: irritabilidad, ansiedad, náuseas, vómitos, parálisis facial, entumecimiento y hormigueos, taquicardia que evoluciona a bradicardia,</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de hiponatremia: desorientación, contracciones musculares, náuseas, vómitos, ataques convulsivos, etc.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de hipernatremia: sed extrema, fiebre, sequedad, membranas mucosas pegajosas, taquicardia, hipotensión, letargia, confusión, edo. Mental alterado.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de hipocalcemia: irritabilidad, tetania muscular, signo de Chvostk (espasmo</li> </ul> | <p>potasio debe reponerse diariamente para conseguir concentraciones adecuadas.</p> <p>La regulación de las concentraciones de <b>Ca</b> en el organismo es más compleja que la de los otros electrolitos importantes de modo que su equilibrio puede verse afectado por muchos factores, son relativamente frecuentes sus alteraciones.</p> <p>Los desequilibrios en el <b>magnesio</b> son relativamente frecuentes en los pacientes hospitalizados aunque pueden no ser detectados.</p> <p>Debido a la relación que existe entre los iones de sodio y los iones de <b>cloro</b> los desequilibrios de estos últimos regularmente ocurren unidos a los del primero de sodio. (Kozier 2008; 1438-1442)</p> |
|---|---|

|  |  |
|--|--|
| <p>muscular facial), entumecimiento y hormigueo periférico, disminución del gasto cardiaco, hemorragias, fracturas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar signos y síntomas de hipercalcemia: dolor óseo profundo, sed excesiva, anorexia, letargia, debilidad muscular.</li> <li>• Consultar con el médico, si los signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.</li> </ul>   |  |
| <p><b>Monitorización de líquidos 2N-4130 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.</li> <li>• Identificar los posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos.</li> <li>• Valorar lo niveles de albúmina y proteína total en suero.</li> <li>• Vigilar presión sanguínea, F.C Y estado respiratorio.</li> <li>• Llevar un registro preciso de ingresos y egresos.</li> <li>• Mantener el nivel del flujo i.v. NPT prescrito.</li> </ul> | <p>En personas sanas, el volumen y la composición química de los compartimentos líquidos se mantienen dentro de unos estrechos límites de seguridad. Normalmente existe un equilibrio entre la ingesta y la perdida de líquidos. Cualquier enfermedad puede alterar este equilibrio de modo que el organismo puede sufrir un déficit o un exceso de líquidos muy importante.(Kozier 2008; 1426 )</p> |

|  |  |  |                        |
|--|--|--|------------------------|
| <b>Necesidad</b>   | <u>ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS</u>   |  |                        |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>   | Diarrea R/C deficiente absorción M/P pérdida de peso corporal, dificultad para ganar peso, gasto fecal aumentado 4-6 ml/kg/hr por turno. |  |                        |
| <b>Nivel de dependencia: 6</b>   | <b>Fuente de dificultad: Fuerza</b>  |  | <b>Prioridad: Alta</b> |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Mejorar su patrón de defecación, reducirá el gasto fecal mínimo de 2-4 ml/kg/hr, presentara heces de mayor consistencia en menor cantidad y frecuencia, en un periodo de 1 mes aproximadamente, regulando su alimentación enteral y administrando loperamida.  |  |  |                        |
| <b>Intervención/ Actividades</b>   |  | <b>Fundamentación</b>  |                        |
| <p><b>Manejo de la diarrea 1B-0460 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la historia de las diarreas.</li> <li>• Solicitar al cuidador primario, que registre el color, volumen frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>• Identificar los factores (medicamentos, bacterias, y alimentación por tubo) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de diarrea.</li> <li>• Observar la turgencia de la piel regularmente.</li> <li>• Pesar regularmente al paciente.</li> <li>• Realizar consulta con el medico si persisten los signos y síntomas de diarrea</li> </ul> |  | <p>La diarrea es una alteración que afecta la digestión, la absorción y la secreción del tracto gastrointestinal. El contenido intestinal pasa a través del intestino delgado y grueso demasiado de prisa para permitir la absorción de líquidos y nutrientes (Potter 2002; 1468 )</p> <p>Si conocemos que cantidad evacua el paciente, podremos saber que cantidad de agua está perdiendo en las heces (una evacuación puede variar de cien a doscientos gramos de líquido)</p> |                        |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Manejo de la medicación 2H-2380 Dependiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loperamida .7mg V.O. C/8 hrs</li> <li>• Omeprazol 10mg V.O. C/12hrs.</li> <li>• Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</li> <li>• Rechazar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas.</li> </ul>   | <p>La loperamida interfiere con la perístasis mediante la una acción directa sobre los músculos circulares e intestinales reduciendo su motilidad, y también actúa reduciendo la secreción de fluidos y de electrolitos y aumentando la absorción de agua. Al aumentar el tiempo de tránsito y reducir la pérdida de líquidos, la loperamida aumenta la consistencia de las heces y reduce el volumen fecal.(Vademécum 2000; 577)</p> <p>Omeprazol es una base débil q es absorbida a un ph alcalino en el intestino delgado de ahí es transportado a las células parietales del estómago mediante el torrente sanguíneo, el pico plasmático de concentración se alcanza de 2 a 3 horas y su duración de acción es mayor de 24 horas.(Ruza T.F. 2003;1186 )</p> |
| <p><b>Manejo intestinal 1B-0430 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar los movimientos intestinales incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.</li> <li>• Observar si hay sonidos intestinales.</li> <li>• Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o presencia de sonidos intestinales agudos.</li> <li>• Instruir al C. primario a registrar el color, volumen, frecuencia, y consistencia de las heces.</li> </ul> | <p>Las heces son los desperdicios sólidos producidos por los seres vivientes como producto final de la digestión. Las heces son los restos de los alimentos no absorbidos por el tubo digestivo así como células del epitelio intestinal que son descamadas en el proceso de absorción de nutrientes, microorganismos, así como otras sustancias que no son capaces de atravesar el epitelio intestinal( Heces fecales, <i>El rincón del vago</i> [en línea] de <a href="http://apuntes.rincondelvago.com/heces-fecales.html">http://apuntes.rincondelvago.com/heces-fecales.html</a>)</p>  |

|   |   |  |                        |
|---|---|--|------------------------|
| <b>Necesidad</b>  | <u>MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL</u>  |  |                        |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | Deterioro de la integridad cutánea periestomal R/C evacuaciones diarreicas M/P laceración de las capas de la piel aproximadamente 3 cm a la periferia del estoma.   |  |                        |
| <b>Nivel de dependencia: 3</b>  | <b>Fuente de dificultad: Fuerza</b>   |  | <b>Prioridad: Alta</b> |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Recuperará la integridad cutánea en un 90%, realizando un cuidado especializado en el área periestomal, hasta el momento de ser egresado del servicio de pediatría.   |   |  |                        |
| <b>Intervención/ Actividades</b>  | <b>Fundamentación</b>   |  |                        |
| <p><b>Cuidados del estoma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insistir al cuidador en la utilización material de curación adecuado.</li> <li>• Realizar los cuidados específicos para favorecer la regeneración de la piel.</li> <li>• Ayudar al cuidador a obtener el material necesario.</li> <li>• Examinar los cuidados y Conocer los agentes agresores de la piel para combatirlos y evitarlos</li> </ul> | <p>Las irritaciones dermales crónicas por filtraciones del efluente causan sufrimiento e incomodidades y alteraran la calidad de vida. Por este motivo resulta esencial que el C. primario aprenda a cuidar correctamente la piel periestomal.</p> <p>La elección de los dispositivos depende de la consistencia de las heces y de su frecuencia de evacuación; el uso de las cremas y lociones más idóneas es igualmente necesario para prevenir y/o sanar los problemas cutáneos.</p> <p>La piel periestomal requiere una limpieza adecuada con agua; no utilizar jabones, soluciones que contengan alcohol (benjuí), éter, destruye la capa de grasa natural y no permiten su regeneración. La vida con una ostomía puede ser más fácil cuando la persona (cuidador primario) ha aprendido el cuidado y sabe qué hacer en caso de un problema.</p> |  |                        |
| <p><b>Vigilancia de la Piel 2L-3590 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.</li> <li>• Valorar el estado de la zona de incisión</li> </ul>  | <p>Instaurar medidas como, llevar un registro del aspecto del estoma, conocer que cambios ha sufrido, en tamaño, color, valorar la piel, medidas de protección de los dispositivos que usa, establecer si son los indicados, si hay otros etc. Ayudará a actuar rápido para evitar complicaciones mayores.</p>  |  |                        |

|   |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| <b>Necesidad</b>  | <u>COMUNICARSE CON LOS DEMÁS Y EXPRESANDO SUS EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES</u>  |                         |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | Deterioro de la comunicación verbal R/C ambiente desconocido y falta de motivación para hablar M/P su lenguaje verbal se limita a responder “si, no, mamá, papá”, negativa voluntaria para hablar.   |                         |
| <b>Nivel de dependencia:3</b>   | <b>Fuente de dificultad: Voluntad</b>  | <b>Prioridad: Media</b> |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Aumentara su vocabulario a 2 a 3 palabras nuevas por semana y formar frases con dos palabras a través proporcionando un ambiente agradable y con ayuda de material didáctico, durante su estancia hospitalaria.   |  |                         |
| <b>Intervención/ Actividades</b>  | <b>Fundamentación</b>  |                         |
| <p><b>Mejora de la comunicación: déficit del habla 3Q-4976 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia.</li> <li>• Dar órdenes verbales simples, utilizar palabras simples y frases cortas.</li> <li>• Utilizar material didáctico visual.</li> <li>• Realizar terapias del lenguaje.</li> <li>• Animar al paciente a que repita las palabras.</li> <li>• Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos</li> </ul> | <p>La comunicación es un proceso interpersonal bidireccional, con participación del emisor y receptor. También conlleva mensajes interpersonales o hablar consigo mismo. (Audrey 2008; 483).</p> <p>La persona, tanto en situación de salud como de enfermedad, necesita intercambiar información personal de todo tipo con los demás. (Navarro G.2005; 12)</p> <p>Un medio ambiente tranquilo con distracciones limitadas facilita los esfuerzos de comunicación del paciente.</p> <p>La comunicación contribuye normalmente a la sensación de seguridad del paciente. (Kozier 2008; 479)</p> |                         |

|  |   |                         |  |
|--|---|-------------------------|--|
| <b>Necesidad</b>   | <u>MANTENER Y CONSERVAR POSTURAS ADECUADAS.</u>   |                         |  |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>   | Fatiga R/C desnutrición M/P falta de energía, incapacidad para la deambulaci3n a medio metro.   |                         |  |
| <b>Nivel de dependencia: 3</b>   | <b>Fuente de dificultad: Fuerza</b>   | <b>Prioridad: Media</b> |  |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Lograra aumentar su deambulaci3n m3nimo de 2 metros por semana sin mostrar agotamiento con ayuda del cuidador primario y manejo de la energ3a, durante su estancia hospitalaria.   |   |                         |  |
| <b>Intervenci3n/ Actividades</b>   | <b>Fundamentaci3n</b>   |                         |  |
| <p><b>Terapia de ejercicios: ambulaci3n 1A-0221 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestir al paciente con prendas c3micas.</li> <li>• Aconsejar el uso de calzado seguro y c3mico.</li> <li>• Ayudar al paciente en el traslado.</li> <li>• Establecer aumentos de distancias realistas y de acuerdo al progreso.</li> </ul> | <p>La actividad f3sica es el movimiento corporal producido por la contracci3n del musculo esquel3tico que aumenta el gasto de energ3a y el ejercicio es un tipo de actividad f3sica definido como un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo para mejorar o mantener uno o m3s componentes de la forma f3sica.</p> <p>La movilidad es la capacidad de moverse libremente con facilidad y ritmo y con un fin determinado en el entorno. Es un componente esencial de la vida. Las personas deben moverse para protegerse de traumatismos y cubrir sus necesidades b3sicas. La movilidad es fundamental para mantener la independencia. ( Kozier 2008; 1107)</p> |                         |  |
| <p><b>Manejo de la energ3a 1A- 0180 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar lo d3ficit en estado fisiol3gico del paciente que producen fatiga seg3n el contexto de la edad y el desarrollo.</li> <li>• Corregir los d3ficits del estado fisiol3gico como</li> </ul>  | <p>El coraz3n, los pulmones y los m3sculos requieren ejercicio diario. Cuando usted est3 menos activo, especialmente cuando est3 en la cama, el coraz3n, los pulmones y los m3sculos tienen muy poco trabajo que hacer. Con el tiempo, el coraz3n bombea con menos fuerza, los pulmones se expanden menos y los m3sculos se debilitan y endurecen. Esto causa una disminuci3n en el nivel de energ3a que afecta su capacidad para realizar sus actividades diarias. ( <i>National Cancer Institute (NCI). C3mo reducir las barreras para el control del dolor y la fatiga.</i>)</p>   |                         |  |

|  |  |
|--|--|
| <p>elementos prioritarios.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Deambular a distancias cortas por 15 a 20 min. E incrementar distancia y tiempo, para aumentar la resistencia.</li><li>• Controlar el estado nutricional para asegurar recursos energéticos.</li><li>• Favorecer el reposo.</li></ul> | <p>Los científicos siguen estando inseguros de los procesos exactos en el cerebro que ocurren durante el sueño, pero concuerdan que el sueño es un proceso anabólico, construyendo ayudas para restaurar las fuentes de energía del cuerpo que se han agotado con las actividades del día.</p> |
|--|--|

|   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| <b>Necesidad</b>  | <u>EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS</u>   |                        |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | Riesgo de infección periestomal R/C pérdida de continuidad de la piel y alteración del estado nutricional.  |                        |
| <b>Nivel de dependencia: 4</b>  | <b>Fuente de dificultad: Fuerza</b>   | <b>Prioridad: Alta</b> |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Se mantendrá libre de infección (temperatura, coloración, eritema y secreciones) periestomal mediante la aplicación de medidas universales, durante su estancia hospitalaria.   |   |                        |
| <b>Intervención/ Actividades</b>  | <b>Fundamentación</b>   |                        |
| <p><b>Control de infecciones 4V-6540 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiar el ambiente adecuadamente.</li> <li>• Lavado de manos antes de realizar la limpieza y curación del estoma.</li> <li>• Lavado de manos estandarizado, antes y después de cada cuidado de paciente.</li> <li>• Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>• Asegurar una técnica de cuidados de estoma adecuada.</li> </ul> | <p>El uso meticuloso de la sepsia médica y quirúrgica es necesario para evitar la transmisión de m.o. que puede ser infeccioso. Muchas infecciones pueden evitarse usando técnicas de lavado de manos, controles ambientales, una técnica estéril cuando sea aconsejable y mediante la identificación y tratamiento de los pacientes con riesgo de infección.</p> <p>La higiene de manos es importante en cualquier situación, se considera una de las maniobras más eficaces de control de infecciones. Cualquier paciente puede albergar m.o. que en la actualidad son inocuos para el paciente aunque potencialmente lesivos para otras personas o para el mismo paciente si encuentran una puerta de entrada. Es importante que se laven las manos del paciente y del personal de enfermería para evitar propagación de los m.o. (Kozier 2008; 681-682)</p> |                        |

|   |  |   |                         |
|---|--|---|-------------------------|
| <b>Necesidad</b>  | <u>MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LÍMITES NORMALES, ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE</u> |   |                         |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C bajas reservas de energía (muscular y grasa).     |   |                         |
| <b>Nivel de dependencia: 3</b>  | <b>Fuente de dificultad: Fuerza</b>  |   | <b>Prioridad: Media</b> |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Mantendrá la temperatura corporal dentro de parámetros establecidos entre 36 y 37.5°C detectando los factores de riesgo y manejando el ambiente para lograrlo a lo largo de su estancia hospitalaria.   |  |   |                         |
| <b>Intervención/ Actividades</b>  |  | <b>Fundamentación</b>   |                         |
| <p><b>Regulación de la temperatura. 2M-3900 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar la temperatura corporal por lo menos 2-3 veces por turno.</li> <li>• Observar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>• Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipo o hipertermia.</li> </ul> |  | <p>La temperatura corporal refleja el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor del organismo. El cuerpo produce calor de forma continua como producto final del metabolismo. Cuando la cantidad de calor producido por el organismo iguala a la cantidad de calor que pierde la persona se encuentra en equilibrio calórico.</p> <p>Las alteraciones de la temperatura corporal son dos la pirexia y la hipotermia. Las temperaturas muy altas alteran el funcionamiento normal de la célula, sobre todo las cerebrales, cuya destrucción es irreversible.</p> <p>La hipotermia es una temperatura central por debajo de los límites normales, existen tres mecanismos fisiológicos de hipotermia a) pérdida excesiva de calor, b) producción de calor insuficiente y c) alteraciones de la termorregulación hipotalámica. (Kozier 2008; 527 y 530)</p> |                         |

|   |  |                         |  |
|---|--|-------------------------|--|
| <b>Necesidad</b>  | <u>DORMIR Y DESCANSAR</u>  |                         |  |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | Deterioro del patrón del sueño R/C interrupciones por administración de medicamentos y estímulos ambientales como ruido y luz M/P pocas horas de sueño para su edad 9hrs, cambios de horarios de sueño habitual e irritabilidad.   |                         |  |
| <b>Nivel de dependencia: 3</b>  | <b>Fuente de dificultad: Fuerza y Voluntad</b>   | <b>Prioridad: Media</b> |  |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Lograra mantener un patrón de sueño similar al de su grupo de edad (11 a 13hrs) durante su hospitalización en el servicio de pediatría.   |  |                         |  |
| <b>Intervención/ Actividades</b>  | <b>Fundamentación</b>  |                         |  |
| <p><b>Mejorar el sueño 1F-1850 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el esquema de sueño/vigilia del lactante.</li> <li>• Planificación de cuidados en vigilia del paciente. Y permitir sueños de al menos 90 min.</li> <li>• Registrar el número y horas de sueño del paciente.</li> <li>• Propiciar medidas agradables, por parte del cuidador primario, como masajes.</li> <li>• Permitir siestas durante el día.</li> <li>• Regular los estímulos ambientales para mantener los ciclos día/noche</li> <li>• Comentar técnicas para favorecer el sueño.</li> </ul> | <p>El sueño es una necesidad humana básica. Se trata de un proceso biológico común a todas las personas. El hombre pasa una tercera parte de su vida durmiendo, necesitamos el sueño por muchas razones: para prevenir el cansancio, para conservar la energía, para restaurar cuerpo y mente.</p> <p>El sueño mejora la funcionalidad diurna, es vital no solo para mantener la funcionalidad psicológica, sino también una funcionalidad fisiológica ya que la velocidad de cicatrización del tejido dañado es mayor durante el sueño.</p> <p>La cantidad de sueño que necesita un sujeto depende de su estilo de vida, su salud y edad.</p> <p>Se recomienda que los niños entre 1 y 3 años de edad duerman entre 12 y 14 horas. La mayoría necesita una siesta por la tarde. (<i>Kozier 2008; 1164</i>)</p> <p>Todas las personas necesitan un entorno para dormir en el que el ruido sea mínimo y la temperatura ambiental sea confortable y la ventilación y la luz sean apropiadas.</p> |                         |  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Manejo ambiental: confort<br/>1E-6482 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar interrupciones innecesarias.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo y limpio.</li> <li>• Ajustar la iluminación, cuando sea posible.</li> <li>• Facilitar medidas de higiene.</li> </ul>   | <p>El entorno puede favorecer o impedir el sueño. Cualquier cambio por ejemplo el ruido puede inhibir el sueño. La ausencia de los estímulos habituales o la presencia de estímulos no familiares impiden que la persona se duerma. Las medidas de confort son esenciales para ayudar al paciente a dormir y a mantenerse dormido</p> <p>Las molestias derivadas de la temperatura del entorno y la ausencia de ventilación también afectan al sueño. Los niveles de luz son otro factor. (Kozier 2008; 1169-1170)</p>   |
| <p><b>Musicoterapia 3O-4400<br/>Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el interés del paciente por la música, y el tipo de música que prefiere.</li> <li>• Elegir música preferidas por el paciente.</li> <li>• Ayudar a adoptar una posición cómoda.</li> <li>• Nivelar el volumen.</li> <li>• Evitar dejar la música puesta durante periodos largos de tiempo.</li> </ul> | <p>La música ayuda a centrar la atención hacia adentro en vez de hacia afuera, se produce un estado de ensueño muy plácido de carácter sumamente estructurado, los músicos practicantes se mantienen a lo largo de un concierto con un control completo, superalertas, lúcidos y conscientes de todo lo que pasa.</p> <p>La introducción de música selecta crea una atmósfera cálida y placentera, cosa que facilita la inducción de actitudes positivas tanto en el paciente como en el propio medio hospitalario. (revista interuniversitaria de formación del profesorado 42, 2001, 91-113)</p> |

|   |   |                         |  |
|---|---|-------------------------|--|
| <b>Necesidad</b>  | <u>APRENDER, DESCRIBIR Y SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y UTILIZAR LOS MEDIOS SANITARIOS EXISTENTES.</u>   |                         |  |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | Retraso en el crecimiento y desarrollo R/C Alteración del estado nutricional Y falta de estimulación M/P dificultad para realizar las habilidades típicas de su grupo de edad, se encuentra por debajo del percentil 5 en P/E, T/E  |                         |  |
| <b>Nivel de dependencia: 3</b>  | <b>Fuente de dificultad: Fuerza</b>   | <b>Prioridad: Media</b> |  |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Iniciara a recuperar progresivamente el crecimiento por encima del percentil 5 en 3 semanas y lograra realizar actividades típicas del desarrollo acorde a su grupo de edad como saltar, correr, formar frases, durante su estancia hospitalaria.   |   |                         |  |
| <b>Intervención/ Actividades</b>  | <b>Fundamentación</b>   |                         |  |
| <p><b>Fomentar el desarrollo: niño 5Z-8274 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar una relación de confianza con el niño.</li> <li>• Identificar las necesidades especiales del niño.</li> <li>• Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.</li> <li>• Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo.</li> <li>• Facilitar la integración del niño con sus iguales.</li> <li>• Disponer de actividades que fomenten la integración entre los niños.</li> <li>• Animar al niño a que se exprese a través de recompensas.</li> <li>• Ofrecer juguetes o materiales apropiados para su edad.</li> </ul> | <p>El crecimiento y desarrollo son procesos independientes, pero relacionados entre sí. Generalmente el crecimiento se produce en los primeros 20 años de vida; el desarrollo tiene lugar en este periodo y continúa después.</p> <p>Existen muchos factores que pueden influir en el crecimiento y en el desarrollo como la nutrición, una nutrición adecuada es un componente fundamental del crecimiento y desarrollo. Los niños mal alimentados tienen más posibilidades de sufrir infecciones, que los bien alimentados.</p> <p>Las enfermedades y lesiones pueden afectar al crecimiento y desarrollo. La hospitalización es estresante para los niños y puede afectar a sus mecanismos de afrontamiento. Las enfermedades prolongadas o crónicas pueden afectar a los procesos normales del desarrollo. (Kozier 2008; 349-350)</p> |                         |  |

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Ayuda para ganar peso<br/>1D-1240 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso.</li> <li>• Pesar al paciente en los intervalos establecidos.</li> <li>• Establecer con los padres la importancia de seguir al pie de la letra las indicaciones médicas.</li> <li>• Respetar las restricciones ingesta V.O.</li> </ul> | <p>Es posible alcanzar un crecimiento normal en niños con SIC bajo soporte artificial y que las complicaciones ligadas a éste tratamiento nutricional o las dificultades en la adecuada implementación del mismo en domicilio pueden afectar la talla final.</p> <p>El crecimiento puede definirse como: “movimiento de la materia viva que se desplaza en el tiempo y en el espacio.</p> <p>El crecimiento es sólo la manifestación de la capacidad de síntesis de un organismo y de cada una de sus células.</p> <p>El fenómeno del crecimiento es un proceso dinámico, que refleja el estado psicosocial, económico, nutricional, cultural, ambiental y de homeostasis orgánica en el que se desarrolla un individuo.(<i>revista de medicina física y rehabilitación, crecimiento y desarrollo,2002, pp54-57</i>)</p> |
|---|--|

|   |  |                         |  |
|---|--|-------------------------|--|
| <b>Necesidad</b>  | <u>TRABAJAR DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL</u>   |                         |  |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | Riesgo de dependencia en la necesidad de trabajar. R/C arcos de movilidad limitados flexión y extensión de 10 a 20° en articulación de muñeca de mano derecha, y flexión palmar limitada a demás uso nulo de mano derecha.   |                         |  |
| <b>Nivel de dependencia: 4</b>  | <b>F. dificultad: Fuerza y Conocimiento</b>  | <b>Prioridad: Media</b> |  |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Lograra arcos de movimiento de flexión y extensión de por lo menos 60° en articulación de muñeca en 2 meses, y tomar entre sus dedos juguetes de tamaño significativo, mediante movimientos pasivos, en el servicio de pediatría.   |  |                         |  |
| <b>Intervención/ Actividades</b>  | <b>Fundamentación</b>  |                         |  |
| <p><b>Ejercicios pasivos. interdependiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener el permiso del médico para realizar ejercicios pasivos.</li> <li>• Informar al cuidador primario la importancia de la realización de los ejercicios pasivos.</li> <li>• Enseñar al paciente y familiar la forma correcta de realizar los ejercicios.</li> <li>• Observar la forma de hacer los ejercicios pasivos.</li> <li>• Proporcionar información acerca de los grupos de apoyo dentro del mismo hospital para aumentar las posibilidades de funcionamiento de la</li> </ul> | <p>Cuando una articulación no se mueve, o cuando no se mueve a través de su máximo rango de movimiento, el tejido alrededor de la articulación (músculos tendones y otro tejido blando) se pone estrecho. A través del tiempo esta estrechez puede hacerse permanente. Esto es particularmente importante durante los años de crecimiento. Una pérdida en el rango de movimiento puede causar las contracturas de las articulaciones, deformidades, una disminución del funcionamiento. Los niños con movilidad limitada pueden perder su rango de movimiento lo cual puede ser causado por la inmovilidad. (<i>Mantenimiento de la movilidad de las articulaciones</i>)</p> |                         |  |

|   |   |
|---|---|
| articulación.   |   |
| <p><b>Fomento de ejercicios extensión 1A-0202 Interdependiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo.</li> <li>• Proporcionar información sobre los cambios musculo esqueléticos y los efectos de la falta de uso.</li> <li>• Proporcionar información sobre actividades de extensión específicas.</li> <li>• Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad y estado físico del paciente.</li> <li>• Enseñar a comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de músculos menos afectados y cambiar gradualmente a los más limitados.</li> <li>• Enseñar a extender lentamente el musculo/articulación hasta el punto de extensión máximo (punto razonable molestia) manteniendo la extensión durante unos</li> </ul> | <p>La apropiada flexibilidad permite a la articulación moverse en forma segura en diferentes posiciones. Esto previene lesiones (musculares y ligamentosas) cuando la articulación se lleva forzosamente hasta el extremo de su amplitud de movimiento. Además, un buen nivel de flexibilidad ayuda a la eficiencia en la ejecutoria de las destrezas. Para poder alcanzar esta condición se debe poseer también estabilidad muscular y ligamentosa de las articulaciones envueltas.</p> <p>Como un ejercicio terapéutico, los ejercicios de flexibilidad ayudan a la rehabilitación de la movilidad articular y de sus tejidos blandos envueltos.(<i>Lopategui E., Articulaciones y movimiento, [en línea] de <a href="http://www.saludmed.com/CsEjerci/Cinesiol/Articula.html.pdf">http://www.saludmed.com/CsEjerci/Cinesiol/Articula.html.pdf</a></i>)</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>minutos y posteriormente relajar lentamente los músculos extendidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a evitar movimientos rápidos de fuerza o de rebote para impedir el dolor muscular excesivo.</li> </ul>  |   |
| <p><b>Manejo del dolor.</b><br/><b>1E-1400 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una valoración exhaustiva del dolor, localización, características, aparición, duración, frecuencia, intensidad y fact. desencadenantes.</li> <li>• Observar claves no verbales de molestias.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>• Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre realización de ejercicios, sueño y humor.</li> <li>• Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.</li> </ul> | <p>El dolor es una experiencia desagradable y muy personal que puede ser imperceptible para los demás, a la vez que consume todos los componentes vitales de una persona.</p> <p>Se sabe que el dolor no aliviado tiene un efecto negativo sobre el bienestar de la persona, interfiere con el sueño, afecta su apetito, y reduce la calidad de vida de los pacientes. La menor movilidad, produce atrofia muscular y espasmos dolorosos lo que aumenta el riesgo de complicaciones relacionadas con la movilidad o con la pérdida de la buena forma cardiopulmonar. (Kozier 2008; 1187, 1193.)</p> <p>Al identificar el tipo de dolor, los profesionales de la salud pueden tratar el dolor de una manera más eficiente al seleccionar la intervención más apropiada. Debe mantenerse en cuenta que un paciente puede presentar una combinación de diferentes tipos de dolor.</p> <p>El dolor por procedimientos debe ser manejado de manera sistemática, utilizando combinaciones de analgesia y estrategias sin medicamentos, evitando rutas de administración no dolorosas mientras sea posible. (<i>Tratamiento del Dolor agudo en el Primer y Segundo Nivel de Atención; Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención.</i>[en línea] de <a href="http://www.ccss.sa.cr/">http://www.ccss.sa.cr/</a>.)</p> |

|  |  |  |                        |
|--|--|--|------------------------|
| <b>Necesidad</b>   | <b><u>ESCOGER ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE</u></b>  |  |                        |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>   | Disposición por parte del cuidador primario para mejorar el vestir del lactante M/P utilización de prendas adecuadas para la edad, talla y temperatura del ambiente en el que se encuentra el lactante.  |  |                        |
| <b>Nivel de dependencia: independiente</b>   | <b>Fuente de dificultad:</b>   |  | <b>Prioridad: Baja</b> |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Seguirá vistiendo ropas adecuadas al clima, edad y necesidades fisiológicas, con ayuda del cuidador primario y en un ambiente íntimo, en el tiempo que permanezca hospitalizado.   |  |  |                        |
| <b>Intervención/ Actividades</b>   | <b>Fundamentación</b>  |  |                        |
| <p><b>Ayuda con los cuidados vestir y arreglo. Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar las sábanas de la cama del paciente después de completar la higiene personal.</li> <li>• Estar disponible para ayudar a vestir y desvestir si es necesario.</li> <li>• Vestir al paciente con ropa acorde a su edad.</li> <li>• Permitir el uso de zapatos cómodos y uso de ropas personales.</li> <li>• Proporcionar la ropa personal y de cama.</li> <li>• Adoptar un ambiente óptimo para esta tipo de actividades.</li> <li>• Colocar la ropa sucia en el tánico.</li> </ul> | <p>Un niño en edad de lactante mayor se desabrocha, sostiene el lápiz de modo adulto, diferencia líneas verticales y horizontales.<br/>Se viste y desnuda parcialmente sólo, se seca las manos si se le recuerda, dibuja círculos.<br/>Pero estas actividades O.R.M. aun no logra realizarlas por si solo por lo que requiere de la ayuda de su cuidador primario para protegerlo del ambiente al que se encuentre expuesto.</p> |  |                        |

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| <b>Necesidad</b>  | <b><u>RESPIRAR NORMALMENTE</u></b>   |                        |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | Conductas generadoras de salud en la necesidad de respirar normalmente M/P campos pulmonares bien ventilados, SO <sub>2</sub> 99%, FC92, FR 24   |                        |
| <b>Nivel de dependencia: Independiente</b>  | <b>Fuente de dificultad:</b>   | <b>Prioridad: Baja</b> |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Mantendrá un patrón Cardio-Respiratorio como hasta ahora con una SO <sub>2</sub> > 90%, FR 20 a 30 X min, FC 90-110 X min, realizando actividades que ayuden a mejorar el funcionamiento del mismo como deambulación y manteniendo posiciones que ayuden a la ventilación, durante su estancia hospitalaria.  |  |                        |
| <b>Intervención/ Actividades</b>  | <b>Fundamentación</b>  |                        |
| <b>Identificación de riesgos 4V-6610 Independiente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurar una valoración sistemática de riesgos.</li> <li>• Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.</li> <li>• Determinar los recursos económicos y el nivel educativo.</li> <li>• Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de cuidados.</li> <li>• Hacer acuerdos con el cuidador primario.</li> <li>• Realizar actividad física según su estado de salud.</li> <li>• Deambular de acuerdo al nivel de energía que tenga el paciente.</li> </ul> | <p>La anamnesis de enfermería exhaustiva relevante a la oxigenación debe incluir los datos sobre los problemas respiratorios actuales y pasados, el estilo de vida, la presencia de tos, esputo, o dolor y presencia de factores de riesgo de alteración de la oxigenación.</p> <p>La mayoría de las personas que tienen un buen estado de salud piensan poco en su función respiratoria. Cambiar de posición con frecuencia, deambular y hacer ejercicio, son actividades que mantienen la ventilación y el intercambio de gases adecuados. Una respiración adecuada, respirar por la nariz manteniendo la boca cerrada, es otra forma de mantener una respiración efectiva. (Kozier 2008; 1361,1367)</p> |                        |

|  |  |                        |  |
|--|--|------------------------|--|
| <b>Necesidad</b>   | <u>JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</u>   |                        |  |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>   | Disposición para mejora las actividades recreativas M/P utiliza de forma adecuada los recursos que tiene a su alcance, área lúdica, juguetes, etc. Para divertir al niño.  |                        |  |
| <b>Nivel de dependencia: Independiente</b>   | <b>Fuente de dificultad:</b>   | <b>Prioridad: Baja</b> |  |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. Mantendrá interés por los juegos propios para su edad, asistiendo al área lúdica relacionándose con sus iguales, durante el periodo completo de su estancia hospitalaria.  |  |                        |  |
| <b>Intervención/ Actividades</b>   | <b>Fundamentación</b>  |                        |  |
| <p><b>Fomentar el juego independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir asistir al área lúdica.</li> <li>• Facilitar el traslado al área lúdica.</li> <li>• Permitir tener en su unidad juguetes acorde para su edad.</li> <li>• Fomentar un ambiente de confianza donde pueda realizar sus propios juegos.</li> </ul> | <p>Los niños continúan cambiando dramáticamente, socialmente, es posible que a veces jueguen con sus amigos (no simplemente junto a ellos) e incluso compartan sus juguetes o se turnen.</p> <p>Empiezan a jugar cooperativamente y se deleitan en actuar y simular situaciones. ( <i>The Parent Institute, hitos del desarrollo en niños en edad preescolar</i> <a href="http://www.uisd.net/wp-content/uploads/2009/10/hitos-en-el-desarrollo-de-los-ninos-en-edad-preescolar.pdf">http://www.uisd.net/wp-content/uploads/2009/10/hitos-en-el-desarrollo-de-los-ninos-en-edad-preescolar.pdf</a> )</p> |                        |  |

|  |   |                        |  |
|--|---|------------------------|--|
| <b>Necesidad</b>   | <u>RENDIR CULTO SEGÚN SUS PROPIAS CREENCIAS</u>   |                        |  |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>   | Disposición del cuidador primario para mantener la religiosidad M/P el cuidador primario refiere “pido a Dios que mi hijo se recupere y salga con bien de su enfermedad”, tiene una imagen religiosa (católica) en la unidad del paciente.  |                        |  |
| <b>Nivel de dependencia: independiente</b>   | <b>Fuente de dificultad</b>   | <b>Prioridad: Baja</b> |  |
| <b>Objetivo:</b> O.R.M. A través de su cuidador primario mantendrá un patrón de religiosidad acorde a sus creencias, utilizando de manera adecuada los recursos disponibles en el hospital y los propios, durante el transcurso de la evolución de la enfermedad.  |   |                        |  |
| <b>Intervención/Actividades</b>  | <b>Fundamentación</b>   |                        |  |
| <p><b>Apoyo espiritual 3R-5420 Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar comunicación terapéutica para establecer confianza.</li> <li>• Tratar al individuo con dignidad y respeto.</li> <li>• Permitir compartir la propia perspectiva espiritual.</li> <li>• Permitir rezar al individuo y cuidador.</li> <li>• Dar a conocer los centros de apoyo espiritual con los que cuenta el hospital.</li> <li>• Permitir contar con objetos espirituales de acuerdo a sus creencias.</li> </ul> | <p>La asistencia espiritual incluye acciones tan diversas como el reconocimiento y la validación de los recursos internos de un individuo, los métodos de afrontamiento, el humor la motivación, la autodeterminación, la actitud positiva y el optimismo.</p> <p>Un paciente con una buena dosis de salud espiritual encontrara esperanza, significado, objetivo y valor en la asistencia.</p> <p>La oración supone un sentimiento de amor y conexión, así como salir de uno mismo. Tiene muchos beneficios para la salud propiedades curativas. Ofrece un medio para tener a alguien con quien hablar, un mecanismo de expresar la atención y una sensación de serenidad y conexión con algo mayor.</p> <p>Hay ocasiones en las que es mejor derivar la asistencia espiritual a otros miembros del equipo asistencial. Las derivaciones se pueden hacer para los pacientes hospitalizados y sus familias a través de la capellanía del hospital si está disponible. <i>(Kozier 2008; 1051-1052)</i></p> |                        |  |

### III. RESULTADOS

Se tuvo el primer contacto con el paciente en Noviembre del 2011, se encontraba en el área de Hospitalización pediátrica lactantes, la selección del paciente fue por interés propio por el caso, ya que de los pacientes existentes y disponibles en el momento de la selección fue el caso de mayor complejidad.

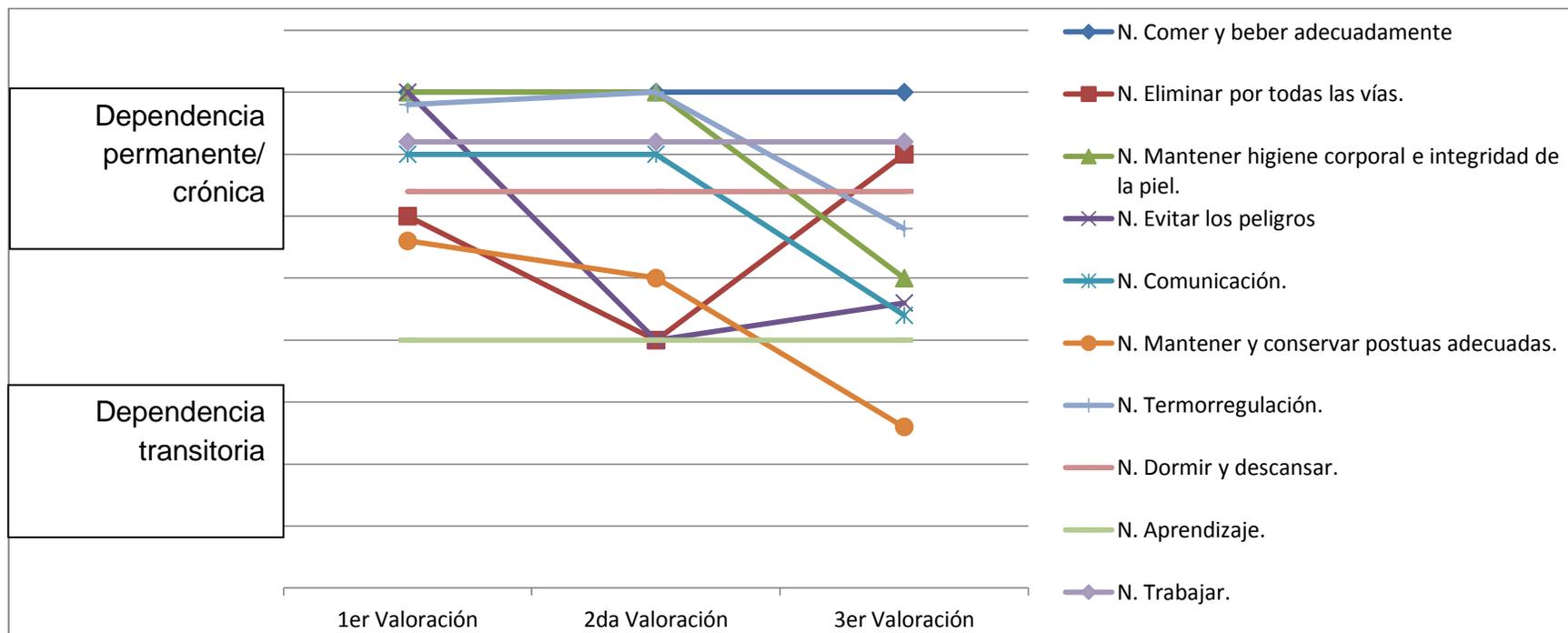
El área de pediatría está dividida en lactantes, escolares y preescolares, cuenta con la infraestructura apropiada para la atención de pacientes pediátricos, ventilación, iluminación, electricidad, delimitación de unidad por paciente, material electro medico necesario para satisfacer las demandas de paciente y familia. Cuenta además de un área quirúrgica, servicios auxiliares como: laboratorio, microbiología, imagenología (Rx, TAC, IRM, Gamagrama, U.S., gabinetes) rehabilitación, endoscopia.

El hospital cuenta con políticas encaminadas al cuidado y mejora de la salud del paciente. Laboran en esta institución, profesionales especializados del área médica y para médica, para cubrir las necesidades actuales del paciente y las posibles complicaciones que pudiera tener a consecuencia de su enfermedad.

El profesional de enfermería fue parte fundamental en la mejoría del estado de salud de O.R.M. apoyada en el plan de intervenciones especializado desarrollado en este trabajo y en conjunto con el equipo multidisciplinario del hospital.

O.R.M. egreso a su domicilio con un peso mayor al de su ingreso, tolerando alimentos por V.O., y evacuando heces de mayor consistencia, y se logró disminuir el grado de dependencia de las dos necesidades principalmente afectadas comer y beber adecuadamente y eliminar por todas las vías.

### 3.1 Análisis de resultados



En el cuadro anterior se muestra gráficamente el comportamiento de las necesidades en dependencia, durante el tiempo de ejecución del plan de intervenciones especializado diseñado para cada una de estas.

#### IV PLAN DE ALTA

**Nombre del paciente:** O.R.M.

**Edad:** 2 años 6 meses

**Sexo:** masculino

**Fecha de ingreso:** Octubre/2011

**Fecha de egreso:** Enero/2012

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

- Continuar en casa con la estimulación para hablar.
- Realizar ejercicios en los dedos de la mano derecha, para que se acostumbre a utilizarla y no se vea como un brazo perdido, con los ejercicios el brazo poco a poco recuperara sus movimientos normales y lo podrá utilizar sin problemas como el brazo izquierdo.
- Al cocinar procurar lavar bien los alimentos, que se van a consumir.
- Incrementar las medidas de higiene, como lavado de manos con mucha agua y jabón antes de comer y después de ir al baño para evitar infecciones ya que el niño aun el niño esta desnutrido y es fácil que se pueda infectar.

#### **2.- Orientación dietética.**

- En primer lugar no dejar de alimentar por ningún motivo al lactante y ofrecer alimentos ricos en fibra los cuales ayudaran a que las evacuaciones sean mas duras, estos son ejemplos de alimentos que debe de ofrecer: arroz, papa, cereales de maíz, trigo, sopas.
- Después que vea que el niño no presenta diarrea, puede ofrecer otro tipo de alimentos como carnes, pollo, pescado, huevo, galletas, todos estos cocinarlos con grasa (manteca, aceite).
- Consumo de agua la que el niño desee al día, principalmente ofrecer después de que evacue.
- No ofrecer refrescos ni jugos envasados, los alimentos deben ser preparados con el mínimo de grasa, para evitar diarrea y además los alimentos con menos grasa son más fácil de digerir por el organismo.

- Dividir los alimentos en 5 partes al día 3 comidas y 2 colaciones.

### **3.- Medicamentos indicados.**

- Vit E dar el contenido de una capsula 1 vez al día, tomada.
- Loperamida partir la tableta en cuatro partes y dar 1 cuarto 3 veces al día, tomada.
- Omeprazol dar media tableta 2 veces al día c/12 hrs. Tomada.
- Vit. ACD ofrecer 1 ml una vez al día, tomada.

### **4.- Registro de signos y síntomas de alarma.**

- Poner especial atención en las características de las evacuaciones, líquidas, con restos de alimentos, semilíquidas.
- Evacuaciones diarreicas, si presenta más de 4 evacuaciones líquidas en menos de 8 horas.
- Si no evacua en más de 1 día.
- Datos de deshidratación como llanto sin lágrimas, piel seca, ojos hundidos.
- Pérdida de peso corporal, si notan que pierde el apetito, se lo notan desgastado, si solo quiere estar dormido y no le interesan las cosas que generalmente la llaman la atención.
- Si presenta de dolor en cualquier parte del cuerpo, especialmente en el estómago.
- Si presenta fiebre sin respuesta a baño y trapos húmedos.
- SI PRESENTA CUALQUIERA DE ESTOS SINTOMAS ACUDIR A URGENCIAS DE SU HOSPITAL MAS CERCANO.

**Fecha de su próxima cita: en un mes en consulta externa.**

## **V. CONCLUSIONES**

El objetivo principal de este trabajo fue valorar las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson a un lactante mayor con diagnóstico médico de Síndrome de Intestino Corto, posteriormente realizar un plan de intervenciones que estuviera basado en el análisis de las valoraciones focalizadas previas; y de esta forma tratar de llevar al lactante de un estado de dependencia a uno de independencia. Respecto al modelo de Virginia Henderson que se aplicó en este estudio de caso, conjuntamente con el proceso de atención de enfermería favoreció a una valoración completa que abarca todas las esferas que componen a un ser humano utilizando el método clínico. La identificación de diferentes necesidades alteradas, llevó a establecer los diagnósticos reales/prioritarios.

Por todo lo anterior se puede concluir que: el objetivo planteado al inicio del este trabajo se cumplió satisfactoriamente y además que la metodología aquí aplicada, basada tanto en la filosofía de Virginia Henderson a través del proceso atención de enfermería, es sin duda un aspecto que cambia y sustenta perfectamente bien la práctica tradicional de enfermería en la población infantil.

## **SUGERENCIAS**

Contribuir a la profesión con la difusión de la aplicación del proceso enfermero como el método científico que guía y sustenta la labor de enfermería, que nos proporciona identidad como profesión y nos permite comunicarnos a través de un mismo lenguaje.

## VI. BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro, R. (2003) Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración (5ª ed.). Barcelona, España.: Masson.
2. Beherman, R., Kliegman, R., Jenson, Hal., (2004). Nelson Tratado de pediatría (17ª ed.)Madrid, España.: EL Sevier.pp 1228-1229
3. Berman, A., Snyder, S., Kosier, B., Erb, G. (2008). Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y prácticas (8va. Ed.)(vol. I y II). Madrid, España: Pearson Prentis Hall.
4. Henderson, V. (1994). La naturaleza de la Enfermería, Reflexiones 25 años después. Madrid, España: Interamericana McGraw-Hill
5. Herrera, R. (2009). Antología Teorías y Modelos de Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado (2da. Ed.). México, D.F.: Universidad Autónoma de MéxicoWyllie, R., Hyams, J. (2001).Gastroenterología Pediátrica (2da. Ed.) México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana.
6. Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-losoy, D. (1995). Proceso y diagnósticos de enfermería (3ra. Edic.). Barcelona, España: Mc. Graw-Hill Intermamericana
7. Janet W. Griffith, Paula J. Christensen. (1982) Proceso de Atención de Enfermería, Manual Moderno.
8. Luis, M., Fernández, C., Navarro, M. (1998). De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona, España: Masson, S.A.
9. Phaneuf, M. (1993). Cuidados de Enfermería El proceso de Atención de Enfermería (1ra Edición). Madrid, España: McGraw-Hill
10. NANDA Internacional. (2009) Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid, España. El sevier Mosby
11. NIC. Clasificación de las intervenciones de enfermería. (2009) (5ª ed.) Madrid, España. El sevier Mosby

12. NOC (2009) Clasificación de los resultados de enfermería (4<sup>a</sup> ed.). Madrid España. El sevier Mosby.
13. Solís, M. 2008 Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con dependencia de oxigenación. Desarrollo Cientif Enferm 16(9) 414 – 417
14. Espinosa, V., Franco, M. (2003). Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía. Desarrollo Cientif Enferm, 11(1), 24-29.
15. Cruz, L., Martínez, G. (2006) Plan de cuidado en un paciente pediátrico con cardiopatía cianógeno por ventrículo único. Revista mexicana de enfermería cardiológica, 14(2) 56- 61
16. Sierra, M. (2006) Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita Acianogena. Revista mexicana de enfermería cardiológica, 14(1)16-23.
17. Puig-Plana, P. (2010) Peligro de los celos en la primera infancia. Valoración de Enfermería a propósito de un caso. Enfermería Clínica, 20(4)260-263
18. Parteras, M., Molina, F., Gestí, S., Cavero, J. (2003) Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. Enfermería Clínica, 13 (5)313-320.
19. Angeles-Oblitas, Y., Barreto-Quiroz, M., Bolaño-Gil Hilda (2010) Proceso de cuidado de enfermería en un escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Rev enferm Hrediana, 3(1) 43-48
20. Ferrer Pardavila, (et al), (2003), El proceso de atención y la relación de ayuda en enfermería pediátrica. Hospital Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña, España p.p. 52-62.
21. Mondragón, A., Macín, G. (2010) Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 18(3)82-86.
22. Sánchez, V. (2001) Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enferm IMSS 9(2) 91-96.

23. Aplicación del proceso de enfermería (2008) [en línea] Madrid, España. Recuperado el 2 de Diciembre de 2011, de <http://pdf.rincondelvago.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria.html>
24. Pérez, M. (2002), Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 10(2) pp63-66.
25. Ruiz, R. (1999). La ética y la Enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. Vol. 7 (1-4)4
26. Paéz, R. (2000). La ética de las virtudes y Enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* Vol. 8 (1-4)60-68
27. Suárez, M., Tellez, E., Jasso, M. (1999). La bioética en el desempeño de la Enfermera. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, Vol. 7(1)46-48.
28. SECRETARIA DE SALUD. COMISION INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA, CODIGO DE ETICA Para las Enfermeras y Enfermeros de México. México, D.F. Diciembre, 2001

## VII. ANEXOS

### 7.1 Historia clínica de enfermería.

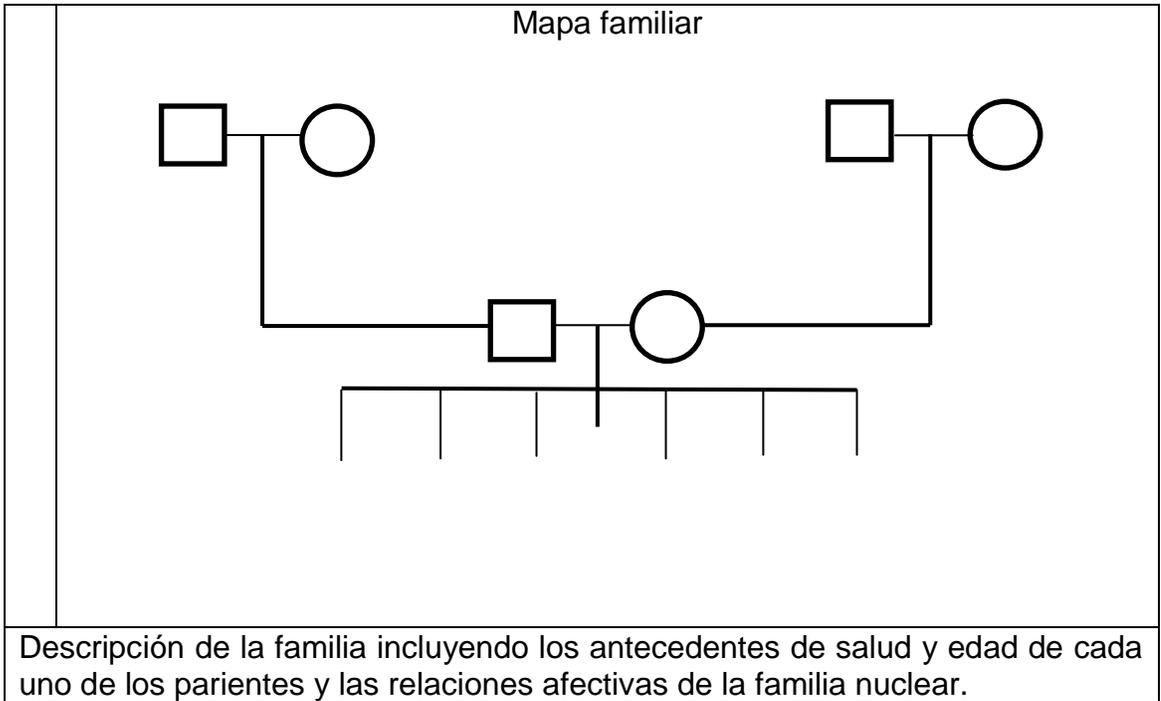


**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**ENFERMERÍA INFANTIL**

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

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| I<br>D<br>A<br>T<br>O<br>S<br><br>D<br>E<br>M<br>O<br>G<br>R<br>A<br>F<br>I<br>C<br>O<br>S | Nombre: _____ . Fecha de nac: _____<br>Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____<br>Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____<br>Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____<br>Escolaridad del padre: _____ Madre: _____ Niño: _____<br>Religión: _____ La información es proporcionada por: _____<br>Domicilio: _____<br>Procedencia: _____ Teléfono: _____<br>Diagnostico medico: _____<br>Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____ |
| F<br>A<br>M<br>I<br>L<br>I<br>A  | II Antecedentes familiares, problemas de salud de padres, hermanos, tíos y abuelos: _____<br>Características de la vivienda: Propia: ____ Rentada: ____ Tipo de construcción: _____<br>_____ Servicios intradomiciliarios: _____<br>_____<br>Disposición de excretas: _____<br>Descripción de la vivienda: _____<br>_____<br>Ingresos económicos de la familia: _____<br>Medios de transportes de la localidad: _____   |



| Nombre | Edad | Sexo | Escolaridad | Relac. Afectiva | Enfermedades |
|--------|------|------|-------------|-----------------|--------------|
|        |      |      |             |                 |              |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  Hombre             |  Mujer         |                        |  Paciente problema |
|                     |  Fallecimiento |  Relaciones Fuertes    |   |
|  Relaciones débiles |   |  Relaciones con estrés |   |

|  |  |
|--|--|
| III<br>O<br>R<br>I<br>E<br>N<br>T<br>A<br>C<br>I<br>O<br>N   | <p>Orientación en la hospitalización ¿se han explicado los siguientes puntos?</p> <p>Horario de visitas: SI__ NO__ Salas de espera: SI __ NO __ Normas sobre barandales de cama: SI__ NO__ Permanencia en el servicio: SI__ NO__.</p> <p>Informes sobre el estado de salud del niño SI____ NO ____ Horario de cafetería: SI __ NO __ Servicios religiosos: SI ____ NO____</p> <p>Restricciones en la visita: _____</p>   |
| IV<br>A<br>N<br>T<br>E<br>C<br>E<br>D<br>E<br>N<br>T<br>E<br>S<br>I<br>N<br>D<br>I<br>V<br>I<br>D<br>U<br>A<br>L<br>E<br>S | <p>Valoración de las necesidades básicas del niño: complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer:____ Talla al nacer: ____</p> <p>Lloro al nacer: _____ Respiro al nacer: _____ Se realizaron maniobras de resucitación: _____ Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padeció o padece el problema que tiene el niño? ____ ¿Quién?____ ¿Cuándo? ____ El niño es alérgico: SI__ NO ____ Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico? _____</p> <p>Que dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p> <p>Vacunación: _____</p> |
|  | <p style="text-align: center;"><b>Alimentación</b></p> <p>El niño es alimentado con: leche materna: ____ Biberón: ____ Vaso: ____</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____</p> <p>Licuados: _____ Otros: _____</p> <p>¿Come solo? ____ ¿Con ayuda? ____ ¿Con quién come? _____</p> <p>Lugar: _____ ¿Cuáles son los alimentos preferidos _____</p> <p>¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial _____ Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene _____</p> <p>Alimentación especial _____</p>                         |

|                                |   |                        |                       |                          |
|--------------------------------|---|------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1                              | Cantidad de alimentos:                    | Desayuno               | Comida                | Cena                     |
|                                | Cereales                                  | _____                  | _____                 | _____                    |
|                                | Frutas                                    | _____                  | _____                 | _____                    |
|                                | Vegetales                                 | _____                  | _____                 | _____                    |
|                                | Carne                                     | _____                  | _____                 | _____                    |
|                                | Tipo de líquidos vía oral                 | _____                  | Vía parenteral        | _____                    |
| Hábitos en los alimentos _____ |   |                        |                       |                          |
| 2                              | <b>Eliminación</b>                        |                        |                       |                          |
|                                | Evacuaciones _____                        | Orina _____            | En pañal _____        |                          |
|                                | En el baño _____                          | Día _____              | Noche _____           |                          |
|                                | Consistencia de las heces: formadas _____ | Pastosas _____         |                       |                          |
|                                | Blanda _____                              | Líquidas _____         | Semilíquida _____     | Espumosa _____           |
|                                | Con sangre _____                          | Con parásitos _____    | Grumosa _____         |                          |
|                                | Color: Amarillo _____                     | Verde _____            | Café _____            | Negra _____ Blanca _____ |
|                                | Olor: Ácida _____                         | Fétida _____           | Otros _____           | Moco _____ Sangre _____  |
|                                | Restos de alimentos _____                 | Dolor al evacuar _____ |                       |                          |
|                                | Orina color: _____                        | Olor _____             | Con sangre: _____     | Sedimento _____          |
|                                | Pus _____                                 | Dolor al orinar _____  | Edema palpebral _____ |                          |
|                                | Maleolar _____                            | Anasarca _____         |                       |                          |
|                                | Otros: _____                              |                        |                       |                          |
|                                | Hábitos: _____                            |                        |                       |                          |
|                                | Descripción de genitales: _____           |                        |                       |                          |
| Sudoración: _____              |   |                        |                       |                          |

|   |   |
|---|---|
| 3 | <p style="text-align: center;"><b>Oxigenación</b></p> <p>Somatometria: Peso _____ Talla _____ Perímetro: cefálico _____<br/> Abdominal _____ Torácico _____ Braquial _____</p> <p>Signos vitales: Tención arterial ____ Frecuencia cardiaca ____ Pulso ____<br/> Regular ____ Irregular ____ Respiración ____ Regular ____ Irregular ____<br/> Aleteo nasal _____ Retracción xifoidea _____ Disociación<br/> toraco-abdominal _____ Ruidos respiratorios: _____<br/> Lado derecho _____ Lado izquierdo _____</p> <p>Ventilación _____ Respiración asistida _____ Controlada _____</p> <p>Secreciones bronquiales: Cantidad      Consistencia      Color      Olor</p> <p>Tubo traqueal:                      _____      _____      _____      _____</p> <p>Cavidad oral:                        _____      _____      _____      _____</p> <p>Cavidad nasal:                      _____      _____      _____      _____</p> <p>Humidificación y oxigenación: _____</p> |
|   | 4   |

|   |  |
|---|--|
| 5 | <p style="text-align: center;"><b>Vestido</b></p> <p>Condiciones de ropa de vestir: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbres de cambio de ropa: _____</p> <p>Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____</p> <p>Otros enseres: _____ Se viste solo: SI _____ NO _____</p> <p>Con ayuda: _____</p>  |
| 6 | <p style="text-align: center;"><b>Termorregulación</b></p> <p>El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ A qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____</p> <p>¿Cuándo tiene fiebre como lo controla?: _____</p>  |
| 7 | <p style="text-align: center;"><b>Movimiento y Postura</b></p> <p>¿A qué edad fijo la mirada? _____ Siguió objetos con la mirada: _____</p> <p>Se sentó: _____ Se paró: _____ Camino: _____ Salto con un pie: _____</p> <p>Salta alternando los pies: _____ Camina con la punta de los pies: _____</p> <p>Camina con los talones: _____ sobre escaleras: _____ Camina solo: _____</p> <p>Camina con ayuda: _____ Con aparatos ortopédicos: _____</p> <p>¿Qué postura adopta el niño al sentarse? _____ Al caminar: _____</p> <p>Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____</p> <p>Cambios de posición con ayuda: _____</p>   |
| 8 | <p style="text-align: center;"><b>Comunicación</b></p> <p>Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____</p> <p>Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____</p> <p>A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____</p> <p>¿Quién lo cuida? _____ ¿Con quién juega? _____</p> <p>¿Quién habla con el niño? _____ Como considera que es el niño: alegre _____ irritable _____ independiente _____ dependiente _____ tímido _____ agresivo _____ cordial _____ huraño _____ desordenado _____</p> <p>Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____</p> <p>Qué hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____</p> |

|    |  |
|----|--|
| 9  | <p style="text-align: center;"><b>Higiene</b></p> <p>Condiciones higiénicas de la piel: _____</p> <p>Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____</p> <p>Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____ frecuencia del cambio de ropa: _____</p>   |
| 10 | <p style="text-align: center;"><b>Recreación</b></p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____</p> <p>Tiene alguna preferencia por los juegos: _____</p> <p>Los objetos: _____ Animales: _____ Las personas: _____</p> <p>Juega solo: _____ con otros niños: _____ Con adultos: _____</p>  |
|    | <p style="text-align: center;"><b>Religión</b></p> <p>¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran? _____</p>   |
| 12 | <p style="text-align: center;"><b>Seguridad y protección</b></p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <hr/> <p>Como ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>Describe los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ separación de la pareja: _____</p> <p>enfermedad crónica de un familiar: _____ otros: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> |

|       | <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ guardería: _____ o con algún familiar o amigo: _____ si la respuesta es sí diga ¿cuál?_____ El niño toma medicamentos en casa: _____</p> <p>Sí los toma diga los nombres, dosis, y cuando tomo la última dosis:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 45%;">Nombre del medicamento</th> <th style="width: 20%;">dosis</th> <th style="width: 20%;">vía</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fecha</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>De qué forma acostumbra a dárselos: _____</p> |       | Nombre del medicamento | dosis | vía | Fecha | _____ | _____ | _____ |  | _____ | _____ | _____ |  | _____ | _____ | _____ |
|-------|--|-------|------------------------|-------|-----|-------|-------|-------|-------|--|-------|-------|-------|--|-------|-------|-------|
|       | Nombre del medicamento   | dosis | vía                    |       |     |       |       |       |       |  |       |       |       |  |       |       |       |
| Fecha | _____  | _____ | _____                  |       |     |       |       |       |       |  |       |       |       |  |       |       |       |
|       | _____  | _____ | _____                  |       |     |       |       |       |       |  |       |       |       |  |       |       |       |
|       | _____  | _____ | _____                  |       |     |       |       |       |       |  |       |       |       |  |       |       |       |
| 13    | <p style="text-align: center;"><b>Aprendizaje</b></p> <p>Quién cuida al niño:_____ En donde _____ Asiste a la guardería: _____</p> <p>Está acostumbrado a que lo paseen: _____ ¿Qué hábitos nuevos está adquiriendo su hijo?:_____ Ha estado hospitalizado antes: _____ si la respuesta es sí ¿por qué? _____</p> <p>¿Cómo reacciono?: _____ ¿Qué sabe ud de la enfermedad de su hijo?: _____</p> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____</p>   |       |                        |       |     |       |       |       |       |  |       |       |       |  |       |       |       |
| 14    | <p style="text-align: center;"><b>Realización</b></p> <p>¿Qué aspiraciones tiene ud de su hijo? _____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: SI ____ NO ____ ¿Con quién?_____</p> <p>Comparte juguetes: ____ hace amistad con otros niños y adulto _____</p> <p>Imita a su papa o a Ud. O algún pariente SI_____ NO_____ SI si la respuesta es sí explique porqué y cómo?</p> <p>Otros datos:_____</p>  |       |                        |       |     |       |       |       |       |  |       |       |       |  |       |       |       |

Nombre de la enfermera: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Análisis**



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERÍA INFANTIL

**V. JERARQUIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**  
(En las dimensiones Físicas, Psicosociales, y espirituales)

| Fecha en la que identifica | Diagnósticos de enfermería | Fecha de resolución |
|----------------------------|----------------------------|---------------------|
|                            |                            |                     |



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERÍA INFANTIL

**VI. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Dx médico: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

| Fecha | Diagnóstico de enfermería | Objetivo | Intervenciones | Realizadas por | Evaluación |
|-------|---------------------------|----------|----------------|----------------|------------|
|       |                           |          |                |                |            |



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**ENFERMERÍA INFANTIL**

**VII. JERARQUIA DE LAS NECESIDADES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

| Necesidad | Indep. | Depend. | Causa de la dificultad |     |     | La dificultad interac. C/Nec. |    | Fortalezas y debilidades del paciente y su familia. |
|-----------|--------|---------|------------------------|-----|-----|-------------------------------|----|---|
|           | Grado  | Grado   | F.F                    | F.C | F.V | SI                            | NO |   |
|           |        |         |                        |     |     |                               |    |   |

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

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



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERÍA INFANTIL

**VIII. PLAN DE ALTA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Orientación dietética:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Medicamentos indicados:

| Medicamento | Dosis | Horario | Vía   |
|-------------|-------|---------|-------|
| _____       | _____ | _____   | _____ |
| _____       | _____ | _____   | _____ |
| _____       | _____ | _____   | _____ |

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Cuidados especiales en el hogar: (heridas, sondas, estomas, ejercicios etc.)

---

---

---

---

---

---

6. Fecha de su próxima cita: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la enfermera: \_\_\_\_\_

## 7.2 Hoja de reporte diario



Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela nacional de Enfermería y Obstetricia  
División de Estudios de Posgrado  
Especialidad en Enfermería Infantil  
Sede Hospital Regional de Alta Especialidad del

| Reporte diario (seguimiento)              |        |                |
|---|--------|----------------|
| Nombre del alumno:                        | Fecha: | Servicio:      |
| Nombre del Niño:                          | Edad:  | Reg. De exped. |
| Valoración focalizada de la necesidad de: |        |                |

Datos subjetivos:

Datos objetivos:

Peso:          Talla:          F.C.:          F.R.:          T/A:          Temp:  
Otros:

A) Habitus externo:

B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda):

Tipo de relación:

- a) Acompañamiento
- b) Suplencia
- c) Ayuda

Elaboró: Mtra. Magdalena Franco Orozco

### 7.3 Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL  
SEDE:  
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Martha Morales Zamora, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Omar Rivera Morales participe en el estudio de caso, "Estudio de caso de un lactante mayor con dependencia en la necesidad de comer y beber adecuadamente por síndrome de Intestino Corto", cuyo objetivo principal es: Implementar un plan de cuidados de Enfermería de calidad y calidez humana para la atención de un lactante mayor con dependencia en la necesidad de comer y beber adecuadamente. y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: los procedimientos consisten en: \_\_\_\_\_

Exploración física, Orientación sobre cuidados. \_\_\_\_\_ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: Maria Guadalupe Infante Padilla

Firma

Nombre del padre o tutor: Martha Morales Zamora

Firma

Testigos

Nombre: Maria Graciela Alvarez Zamora

Firma: Graciela A.O.

Nombre: Patricia Lizbeth Hernández Díaz

Firma: [Firma]

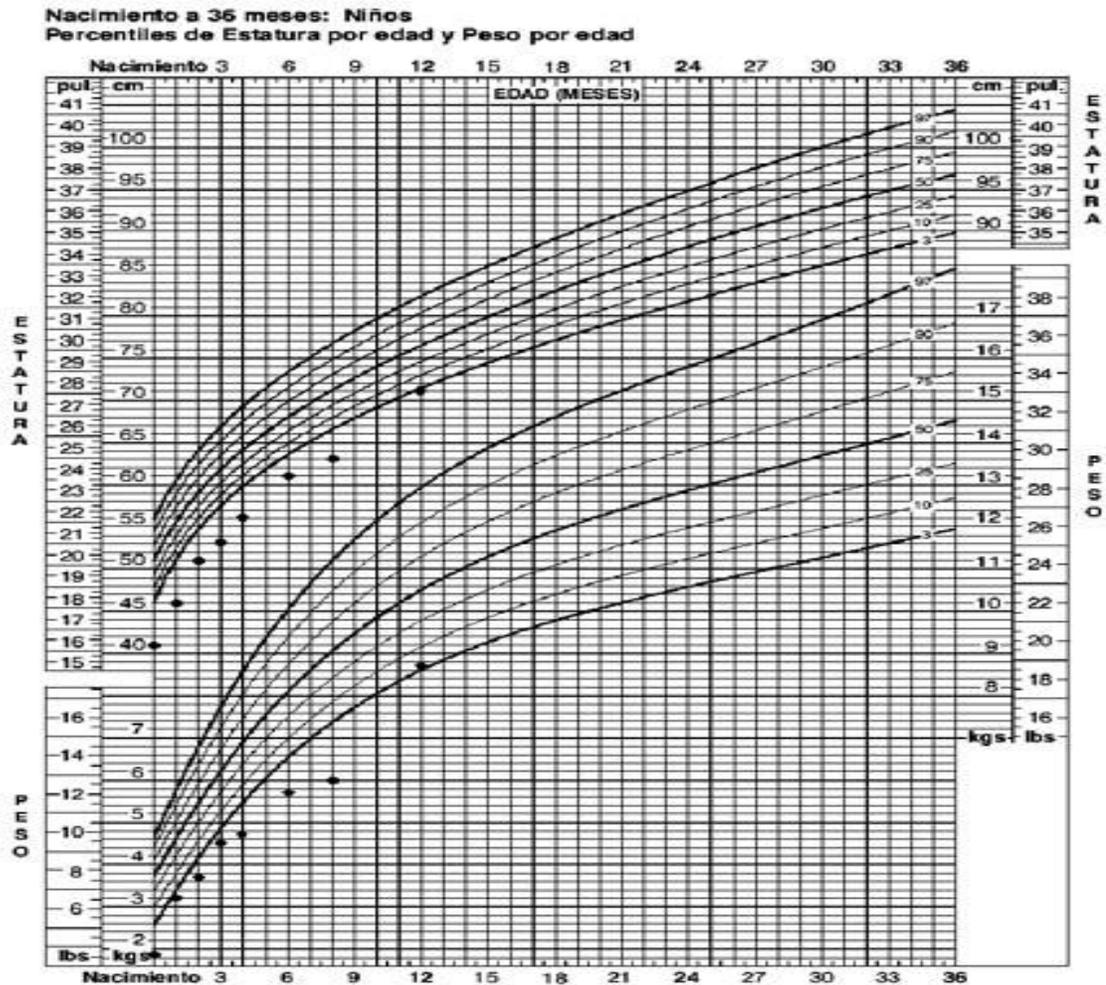
Domicilio: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

León Gto. A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## 7.4 Escalas de valoración.

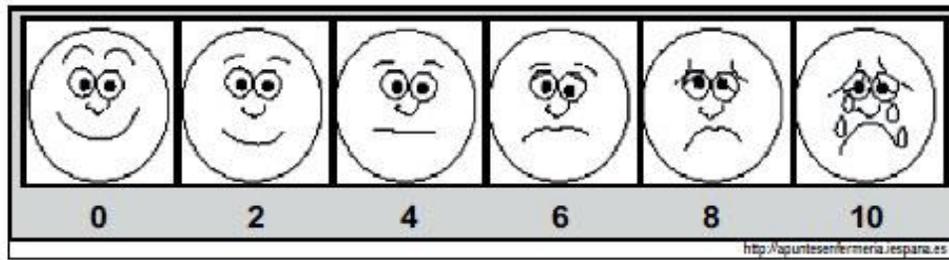
Percentiles de estatura por edad y peso por edad.



Clasificación del estado nutricional por percentiles.

| Clasificación de estado nutricional | Peso / Edad       | Talla / Edad     |
|-------------------------------------|-------------------|------------------|
| Obesidad                            | Mayor del P 97    | -                |
| Sobrepeso                           | Entre P 90 y P 97 | -                |
| Adecuado                            | Entre P10 y P90   | Entre P10 y P90  |
| Riesgo de desnutrición              | Entre P 3 y P 10  | Entre P 3 y P 10 |
| Desnutrición                        | Menor de P3       | Menor de P3      |

Escala del dolor: expresión facial afectiva.



Composición electrolítica

| Electrolito | Plasma (mEq/L) |
|-------------|----------------|
| Na          | 140            |
| K           | 4.5            |
| Mg          | 1.5            |
| Ca          | 5.0            |
| cl          | 104            |

Duración del sueño en niños

| Edad   | Duración total del sueño diario (h) | Sueño nocturno (h) | Sueño diurno (h) | Siesta diurna (% del sueño diurno) |
|--------|-------------------------------------|--------------------|------------------|------------------------------------|
| 2 años | 10.8-15.6                           | 9.7-13.4           | 0.7-2.9          | 87%                                |
| 3 años | 10.3-14.8                           | 9.7-13.1           | 0.8-2.6          | 50%                                |

Escala de Glasgow Modificada para Lactantes

| ACTIVIDAD                    | MEJOR RESPUESTA |
|------------------------------|-----------------|
| <b>Apertura de Ojos:</b>     |                 |
| Espontánea: .....            | 4               |
| Al hablarle: .....           | 3               |
| Al dolor: .....              | 2               |
| Ausencia: .....              | 1               |
| <b>Verbal:</b>               |                 |
| Balbuceo: .....              | 5               |
| Irritable: .....             | 4               |
| Llanto al dolor: .....       | 3               |
| Quejidos al dolor: .....     | 2               |
| Ausencia:.....               | 1               |
| <b>Motora:</b>               |                 |
| Movimientos espontáneos..... | 6               |
| Retirada al tocar: .....     | 5               |
| Retirada al dolor: .....     | 4               |
| Flexión anormal: .....       | 3               |
| Extensión anormal: .....     | 2               |
| Ausencia: .....              | 1               |

Puntuación: < de 8 indica lesión neurológica grave.  
 9-12 indica lesión neurológica moderada.  
 13- indica lesión neurológica leve.

Hitos del desarrollo.

| Edad del niño | Habilidades aprendidas (La mayoría de los niños las pueden realizar)                                | Habilidades emergentes (La mitad de los niños las pueden realizar)                                      | Habilidades avanzadas (Pocos niños las pueden realizar)  |
|---------------|---|---|--|
| 1 mes         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levanta la cabeza</li> <li>• Responde a sonidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue objetos con la vista</li> <li>• Ooohs y aaahs</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonríe</li> <li>• Ríe</li> <li>• Mantiene la</li> </ul> |

|         |   |   |   |
|---------|---|---|---|
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mira las caras</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ver patrones blancos y negros</li> </ul>   | <p>cabeza en un ángulo de 45 grados</p>   |
| 2 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocaliza sonidos: gorjea y hace ruiditos</li> <li>• Sigue objetos</li> <li>• Mantiene la cabeza erguida por periodos cortos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonríe, ríe</li> <li>• Mantiene la cabeza en un ángulo de 45 grados</li> <li>• Los movimientos se hacen más fluidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la cabeza quieta</li> <li>• Apoya el peso sobre las dos piernas</li> <li>• Puede que levante la cabeza y los hombros (mini-flexión)</li> </ul>  |
| 3 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ríe</li> <li>• Mantiene la cabeza quieta</li> <li>• Reconoce tu cara y tu olor</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanza grititos, gorjea y hace ruidos</li> <li>• Reconoce tu voz</li> <li>• Hace mini-flexiones</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se voltea ante sonidos fuertes</li> <li>• Puede juntar las manos y quizás manotear sus juguetes</li> <li>• Puede voltearse echado en el suelo</li> </ul> |
| 4 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la cabeza quieta</li> <li>• Puede apoyar peso sobre las dos piernas</li> <li>• Hace ruiditos cuando le hablas</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede agarrar un juguete</li> <li>• Se estira en busca de objetos</li> <li>• Puede darse la vuelta</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita sonidos del lenguaje: baba, dada</li> <li>• Puede que le salga el primer diente</li> <li>• Puede que esté listo para alimentos sólidos</li> </ul>  |
| 5 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede distinguir</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se gira hacia sonidos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede sentarse</li> </ul>  |

|         |   |   |  |
|---------|---|---|--|
|         | <p>entre colores vivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede darse la vuelta echado en el suelo</li> <li>• Se divierte jugando con sus manos y pies</li> </ul>         | <p>nuevos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce su propio nombre</li> </ul>   | <p>un ratito sin apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lleva objetos a su boca</li> <li>• Puede que empiece la ansiedad hacia los extraños</li> </ul>   |
| 6 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se gira hacia sonidos y voces</li> <li>• Imita sonidos, hace burbujitas</li> <li>• Rueda en el suelo en ambos sentidos</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estira para alcanzar objetos y metérselos en la boca</li> <li>• Se sienta sin apoyo</li> <li>• Está listo para los alimentos sólidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede que se impulse hacia adelante o empiece a gatear</li> <li>• Puede que balbucee o combine sílabas</li> <li>• Puede que arrastre hacia sí algún objeto</li> </ul> |
| 7 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sienta sin apoyo</li> <li>• Alcanza objetos con un movimiento de barrido</li> <li>• Imita sonidos como si hablara (balbucea)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combina sílabas como si fueran palabras</li> <li>• Comienza a gatear o a impulsarse hacia adelante</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se para sujetándose a algo</li> <li>• Hace adiós con la mano</li> <li>• Choca objetos entre sí</li> </ul>   |
| 8 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice "papá" y "mamá" a ambos progenitores (sin especificar)</li> <li>• Empieza a gatear</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se para sujetándose a algo</li> <li>• Gatea bien</li> <li>• Apunta a objetos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se para él mismo y se impulsa apoyándose en muebles</li> </ul>  |

|          |  |   |  |
|----------|--|---|--|
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasa objetos de una mano a la otra</li> </ul>   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujeta cosas con el agarre de pinza, con el pulgar y el índice</li> <li>• Indica deseos con gestos</li> </ul>           |
| 9 meses  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combina sílabas como si fueran palabras</li> <li>• Se para sujetándose a algo</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace una pinza con el pulgar y el índice para agarrar objetos</li> <li>• Se desplaza y se impulsa apoyándose en muebles</li> <li>• Choca objetos entre sí</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Juega a las tortillitas</li> <li>• Dice "papá" y "mamá" a la persona correcta (es específico)</li> </ul>                |
| 10 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace adiós con la mano</li> <li>• Sujeta cosas con el agarre de pinza</li> <li>• Gatea bien</li> <li>• Se impulsa y desplaza apoyándose en muebles</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice "papá" y "mamá" al progenitor correcto (es específico)</li> <li>• Responde a su nombre y entiende "no"</li> <li>• Indica deseos con gestos</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebe de un vaso</li> <li>• Se para por sí solo un par de segundos</li> <li>• Coloca objetos en un recipiente</li> </ul> |
| 11 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice "papá" y "mamá" al progenitor correcto (es específico)</li> <li>• Juega a las tortillitas</li> <li>• Se para por sí solo un par de segundos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita las actividades de otros</li> <li>• Coloca objetos en un recipiente</li> <li>• Entiende instrucciones sencillas</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebe de un vaso</li> <li>• Dice una palabra además de "mamá" y "papá"</li> <li>• Se acuclilla desde una</li> </ul>      |

|          |   |   |   |
|----------|---|---|---|
|          |   |   | posición erguida  |
| 12 mese  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita las actividades de otros</li> <li>• Balbucea sonidos que parecen palabras</li> <li>• Indica deseos con gestos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice una palabra además de "mamá" y "papá"</li> <li>• Da unos pocos pasos</li> <li>• Entiende y responde a instrucciones sencillas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace garabatos con las pinturas</li> <li>• Camina bien</li> <li>• Dice dos palabras además de "mamá" y "papá"</li> </ul>                                     |
| 13 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa muy bien dos palabras (como "hola" y "adiós")</li> <li>• Puede agacharse y recoger un objeto del suelo</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfruta mirarse en el espejo</li> <li>• Estira el brazo o la pierna para ayudarte a vestirlo</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combina palabras y gestos para expresar sus necesidades</li> <li>• Hace rodar una pelota en el suelo</li> </ul>  |
| 14 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Come con los dedos</li> <li>• Vacía un recipiente o contenedor</li> <li>• Imita a los demás</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camina bien</li> <li>• Toma la iniciativa para jugar</li> <li>• Apunta a una parte del cuerpo cuando se lo pides</li> <li>• Responde a instrucciones (como, "dame un beso")</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe usar una cuchara o tenedor</li> <li>• Combina las tapaderas con los recipientes apropiados</li> <li>• Empuja y jala juguetes mientras camina</li> </ul> |
| 15 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Juega con una pelota</li> <li>• Usa tres palabras con regularidad</li> <li>• Camina hacia atrás</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace garabatos con un lápiz de cera</li> <li>• Corre</li> <li>• Adopta el "no" como su palabra favorita</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Te "ayuda" con las tareas de la casa</li> <li>• Pone un dedo sobre la boca y hace "shhh"</li> </ul>  |
| 16 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasa las páginas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le encanta subirse a</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe quitarse</li> </ul>   |

|          |   |  |  |
|----------|---|--|--|
|          | <p>de un libro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene rabietas cuando se frustra</li> <li>• Se apega a un muñequito de peluche u otro objeto</li> </ul>                   | <p>todo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apila tres cubos</li> <li>• Usa una cuchara o tenedor</li> <li>• Aprende a usar correctamente objetos comunes (como el teléfono)</li> </ul> | <p>una prenda de vestir sin ayuda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se vuelve melindroso para comer</li> <li>• Duerme una siesta al día en lugar de dos</li> </ul>  |
| 17 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa seis palabras con regularidad</li> <li>• Le gusta jugar juegos imaginativos</li> <li>• Le gusta montar en juguetes que ruedan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimenta a sus muñecos</li> <li>• Habla con más claridad</li> <li>• Lanza una pelota baja</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baila cuando oye música</li> <li>• Separa los juguetes por colores, forma o tamaño</li> <li>• Patea una pelota hacia adelante</li> </ul>  |
| 18 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empieza a "leer" libritos por cuenta propia</li> <li>• Dibuja garabatos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Junta dos palabras para formar frases</li> <li>• Se lava los dientes con tu ayuda</li> <li>• Apila cuatro bloques</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanza una pelota alzando las manos por arriba de la cabeza</li> <li>• Arma y desarma juguetes</li> <li>• Muestra señales de que está listo para aprender a ir al baño solito</li> </ul> |
| 19 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa una cuchara y un tenedor</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entiende hasta 200 palabras</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se lava y seca las manos con</li> </ul>   |

|          |   |  |  |
|----------|---|--|--|
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corre</li> <li>• Lanza una pelota baja</li> <li>• Le gusta ayudar en la casa</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se da cuenta cuando algo está mal (por ejemplo, si alguien le dice "gato" al perro)</li> </ul>  | <p>ayuda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apunta hacia un objeto o dibujo cuando lo nombras</li> <li>• Puede que se dé cuenta cuando necesita hacer pipí</li> </ul>    |
| 20 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Alimenta" a sus muñecos</li> <li>• Se quita su propia ropa</li> <li>• Bota un objeto imitando a un adulto, echando algo a la basura, por ejemplo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprende nuevas palabras, cerca de diez o más al día</li> <li>• Puede subir escaleras (pero tal vez no bajarlas)</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría empezar a explorar sus órganos genitales</li> <li>• Dibuja una línea recta</li> <li>• Nombra varias partes de su cuerpo</li> </ul> |
| 21 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede subir escaleras</li> <li>• Se propone metas sencillas (como colocar un juguete en determinado lugar)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanza una pelota alzando los brazos por arriba de la cabeza</li> <li>• Patea una pelota hacia adelante</li> <li>• Apila seis bloques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombra figuras sencillas en un libro</li> <li>• Puede bajar escaleras</li> </ul>  |
| 22 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patea una pelota hacia adelante</li> <li>• Obedece a instrucciones con dos partes (como, "Busca tu muñeca y</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arma rompecabezas sencillos</li> <li>• Dibuja una línea recta</li> <li>• Nombra varias partes de su cuerpo</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe ponerse ropa ancha sin ayuda</li> <li>• Podría estar listo para dormir en una cama</li> </ul>  |

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
|               | tráela aquí")  |  | grande <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entiende el concepto de opuestos (por ejemplo, lo contrario de alto es bajo)</li> </ul>  |
| 23 mese       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombra figuras sencillas en un libro</li> <li>• Usa entre 50 y 70 palabras</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abre puertas</li> <li>• Canta canciones sencillas</li> <li>• Aumenta su interés en jugar con otros niños</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habla acerca de sí mismo (sus gustos, etc.)</li> <li>• Pregunta "¿por qué?"</li> </ul>  |
| 24 mese       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombra por lo menos seis partes de su cuerpo</li> <li>• La mitad de lo que dice se entiende</li> <li>• Forma frases de dos o tres palabras</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habla acerca de sí mismo</li> <li>• Organiza objetos por categorías</li> <li>• Puede bajar escaleras</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empieza a comprender conceptos abstractos (como, "después" y "antes")</li> <li>• Nota las diferencias entre el sexo masculino y femenino</li> <li>• Aprende a saltar</li> </ul> |
| 25 y 26 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apila seis bloques</li> <li>• Camina con movimientos continuos, apoyando primero el talón y luego los</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa pronombres al hablar (yo, mi, tú)</li> <li>• Se lava y se seca solito las manos</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habla claramente la mayor parte del tiempo</li> <li>• Dibuja una línea vertical</li> </ul>  |

|               |   |  |  |
|---------------|---|--|--|
|               | dedos   |  |  |
| 27 y 28 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salta con los dos pies</li> <li>• Abre puertas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entiende palabras descriptivas (grande, suave, etc.)</li> <li>• Dibuja una línea vertical</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empieza a reconocer las letras del abecedario</li> <li>• Se equilibra en un solo pie</li> </ul>   |
| 29 y 30 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se lava los dientes con tu ayuda</li> <li>• Se lava y se seca solito las manos</li> <li>• Dibuja una línea vertical</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibuja un círculo</li> <li>• Se equilibra en un solo pie</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pone solo una camiseta</li> <li>• Sabe el nombre de un color</li> <li>• Sabe el nombre de un amigo</li> </ul>  |
| 31 y 32 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pronuncia su propio nombre</li> <li>• Dibuja un círculo</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logra ponerse una camiseta</li> <li>• Se equilibra un segundo en cada pie</li> <li>• Reconoce el abecedario</li> <li>• Se lava los dientes por sí solo</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logra ponerse una camiseta</li> <li>• Se equilibra un segundo en cada pie</li> <li>• Reconoce el abecedario</li> <li>• Se lava los dientes por sí solo</li> </ul> |
| 33 y 34 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe el nombre de un color</li> <li>• Sabe el nombre de un amiguito</li> <li>• Mantiene una conversación sencilla</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja y sube escaleras alternando los pies</li> <li>• Usa preposiciones (sobre, en, dentro...)</li> <li>• Habla claramente la mayor parte del tiempo (se entiende el 75 por</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Va al baño solito durante el día</li> <li>• Mueve el pulgar</li> <li>• Expresa una variedad de emociones distintas</li> </ul>                                     |

|               |   |  |  |
|---------------|---|--|--|
|               |   | <p>ciento de lo que dice)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apila ocho bloques</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibuja una figura humana con palitos</li> </ul>                                 |
| 35 y 36 meses | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describe cómo se usan por lo menos dos objetos</li> <li>• Forma frases con tres a cuatro palabras</li> <li>• Nombra por lo menos dos acciones (saltar, correr...)</li> </ul> <p>Cuenta con un vocabulario de 500 palabras.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salta y brinca</li> <li>• Obedece a órdenes con dos o tres instrucciones (ve a la habitación, busca la pelota, y tráemela)</li> <li>• Se separa con cierta facilidad de sus padres</li> <li>• Monta en un triciclo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se equilibra tres segundos en cada pie</li> <li>• Se viste sin ayuda</li> </ul> |

## 7.5 Tríptico

Cuidados específicos para el paciente  
**1.-Actividades específicas que debe realizar el familiar o tutor responsable del niño (o el niño si es posible)**

- Terapia del lenguaje/ estimulación del lenguaje.



- Rehabilitación. Realizar ejercicios con mano derecha para que se acostumbre a utilizarla p. ejemplo con una pelota



### 2.- Orientación higienico-dietetica.

- Lavar y desinfectar frutas y verduras antes de consumirlas. Hervir y freír bien los alimentos.



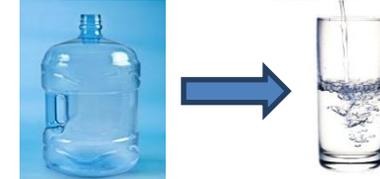
- Lavarse las manos varias veces al día con abundante jabón y agua, sobretodo antes de comer y después de ir al baño.



### HIGIENE PERSONAL



- Ofrecer alimentación sana, rica en fibra y vitaminas y suficiente consumo de agua.



### 3.- Medicamento indicados.

- Ofrecer los medicamentos tal cual indico su médico teniendo en cuenta la dosis exacta y el horario específico.



### Vitamina E.

También la podemos encontrar en alimentos como:

Maíz.  
 Almendras y frutos secos.  
 Aguacate  
 Aceite de girasol



**Loperamida.**  
Partir la tableta en 4 partes y dar 1 cuarto 3 veces al día. Tomada.



**Omeprazol.**  
Dar media tableta 2 veces al día. Tomada

**Vitaminas ACD gotas.**  
Dar 1 mililitro al día. tomada



**Alimentos ricos en vitaminas:  
Vitamina C**



#### 4.- SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.

Ⓢ Características de las evacuaciones:  
Color  
Consistencia  
Con o sin restos de alimentos. Etc.



Ⓢ Acudir a área de urgencias de su clínica más cercana si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

- Diarrea: más de 4 evacuaciones en 8 horas o menos de 8 horas.
- Si no evacua en un día.
- Datos de deshidratación: llanto sin lágrimas, ojos hundidos piel y boca secas.
- Pérdida de peso corporal
- Con falta de energía.
- Presencia de dolor, principalmente en estómago.
- Fiebre sin respuesta a baño y trapos húmedos.

#### 5.- ACUDIR A SU CITA EN UN MES EN CONSULTA EXTERNA

## Cuidados En el Hogar



Lactante mayor con diagnóstico de ingreso Síndrome de intestino corto.

Fecha de ingreso: Octubre 2011  
Fecha de egreso: Enero 2012

*Elaboró: L.E.O. María  
Guadalupe Infante Padilla*

*Dirigido a: padres del  
paciente O.R.M.*

