



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



ESTUDIO DE CASO

**ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN EN UN
LACTANTE CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO**

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

**PRESENTA:
LIC. VEGA HERNÁNDEZ MARIA TERESA**

**ASESOR:
EEI MARIA DE LOS ÁNGELES NOLASCO ORTIGOZA**

México D.F., Enero 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo es un objetivo logrado producto del apoyo de muchas personas, con esto vienen a mi mente una gran cantidad de recuerdos y expectativas por el logro de las metas alcanzadas.

En primer lugar agradezco a Dios, creador de mi vida y existencia, A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Hospital Infantil de México Federico Gómez por aportar las herramientas para alcanzar un nuevo eslabón en la cadena de vida, para seguir creciendo como profesionista al cuidado de la salud a la niñez mexicana.

A mis profesores, coordinadoras y asesores cuyos conocimientos me sirvieron como guía, no solo por su constancia, dedicación y excelencia, sino también porque me enseñaron hacer, y ser la diferencia.

Un particular reconocimiento a mi asesora la profesora María de los Ángeles Nolazco Ortigoza, quien digna y profesionalmente ejercen la vocación de docencia.

Muchas gracias a todas las personas y compañeros que me brindaron su apoyo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposo e hija por esas dosis extremas de paciencia, tolerancia, y apoyo, con cariño para mi familia por su apoyo y comprensión en todo momento

INDICE

Introducción.....	1
Objetivos.....	2
I.-Fundamentación del caso clínico	
1.1 Antecedentes (Estudios relacionados).....	3
1.2.-Marco referencial	
Relación de las etapas del proceso de atención de enfermería con los conceptos de la teoría de Virginia Henderson.....	9
1.3.-Importancia de la aplicación de ética en el cuidado del paciente pediátrico.....	11
1.4.-Factores de dependencia de la necesidad de nutrición.....	12
II Metodología	
2.1 Descripción del caso	15
2.2 Métodos e instrumentos.....	21
2.3 Proceso diagnóstico.....	22
2.4 Proceso de planeación	25
III Conclusiones.....	71
Sugerencias.....	72
Bibliografía.....	73
Anexos	
Anexo 1 Esquema.....	78
Anexo 2 Escala de medición de peso y talla	79

Anexo 3 Valoración de 0 a 5 años de edad	80
Anexo 4 Hoja de reporte diario	97
Anexo 5 Consentimiento informado	99
Anexo 6 Prueba de desarrollo Denver	100

INTRODUCCIÓN

La Enfermería a lo largo de los años ha evolucionado necesitando así que los profesionales se capaciten para mejorar la calidad de atención en los servicios es por ello que se implementan nuevos programas educativos de posgrado, que han promovido el interés por el desarrollo del conocimiento y la investigación en las enfermeras.

Como parte de la Especialidad de Enfermería Infantil se elaboró un estudio de caso dónde se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería a través de sus cinco etapas, valoración, diagnóstico, Planeación, ejecución y evaluación; orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson. El estudio de caso se llevó a cabo valorando el estado de salud del lactante e identificando las fuentes de la dificultad, que son de conocimiento, fuerza y voluntad, se elaboró un plan de cuidados de Enfermería por cada una de las necesidades valoradas con el propósito de ayudar al niño a conservar o alcanzar su independencia. Como base del cuidado de enfermería, se toman en cuenta las consideraciones éticas y la patología como el factor de dependencia.

Se presenta el estudio de un lactante mayor masculino con dependencia en la necesidad de nutrición con diagnóstico Médico síndrome de intestino corto.

Los Métodos e Instrumentos utilizados fueron la hoja de reporte diario así como la Historia Clínica de enfermería (de 0 a 5 años) .A través de la elaboración de los planes de cuidados se logra mantener en Independencia las necesidades de higiene, valores y creencias, vestidas y desvestidas. A pesar de la ejecución de los planes establecidos por la fuente de la dificultad se mantuvieron en dependencia la necesidad de nutrición, recreación, aprendizaje, comunicación, movimiento y postura. Las necesidades que pasaron de dependencia a independencia fueron la necesidad de oxigenación, descanso y sueño, termorregulación, y las que continuaron en riesgo fueron eliminación y seguridad y protección.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un estudio de caso aplicando el proceso de atención de Enfermería orientado con la propuesta teórica de Virginia Henderson para ayudar a disminuir la dependencia de un lactante mayor masculino con alteración de la necesidad de Nutrición.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar la valoración de las 14 Necesidades en un lactante mayor con alteración de la necesidad de nutrición.
- Elaborar diagnósticos de Enfermería de las necesidades identificadas.
- Realizar planes de intervenciones de Enfermería que ayuden en la recuperación del lactante con alteración en la necesidad de nutrición.
- Ejecutar y evaluar las intervenciones del lactante mayor para determinar el nivel de Independencia y Dependencia.

I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

1.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

Los estudios de caso con el enfoque de las 14 necesidades de Virginia Henderson son de utilidad ya que la disciplina de Enfermería necesita aplicar un método sistemático que permita valorar, diagnosticar, ejecutar y evaluar sus intervenciones en los usuarios con el fin de recuperar la salud. Para fundamentar el presente trabajo fue necesario hacer una búsqueda intencionada de estudios de casos, encontrando 10 artículos realizados en diferentes países como Colombia, Perú, España y México. Las instituciones donde se elaboraron fueron públicas y privadas. Los pacientes estudiados fueron de diferentes edades pediátricas y con distintos diagnósticos médicos. La metodología empleada en estos estudios fue la propuesta teórica de Virginia Henderson y en algunos el continuum independencia-dependencia propuesto por Phaneuf así como el proceso de atención de enfermería. A continuación se presenta cada uno de los artículos mencionados ordenados por autor y fecha de publicación.

Sierra, PM.¹ En su artículo publicado en 2006, titulado Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena, nos refiere que el personal de Enfermería tiene un papel fundamental en el cuidado de los pacientes pediátricos y que es de gran importancia la utilización del proceso de atención de enfermería como herramienta básica en el trabajo asistencial. También nos dice que para que el profesional de Enfermería proporcione estos cuidados a la persona es necesario que cuente con los conocimientos de patrones, necesidades y problemas específicos, así como la interpretación de signos clínicos dentro de un contexto particular, con la finalidad de poder proporcionar una atención y cuidado de alta calidad y con alto sentido humano.

¹ Sierra P M. Paciente pediátrico con cardiopatía acianógena.[internet] Revista Mexicana de Enfermería cardiológica 2006 : 16-23<http://www.index-f.com/rmec/14/14-16.php>

La autora concluye diciendo que 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 con la finalidad de proporcionar una atención de alta calidad y calidez humana, sin embargo menciona que las necesidades y problemas cambian de forma constante y dinámica, por lo que el plan de atención se debe ir modificando con respecto al problema actual, por lo que una valoración constante ayuda a que se identifiquen los problemas a resolver.

El siguiente caso realizado por Mariano SN.² En el 2008 a una adolescente con alteración en el movimiento y postura, comenta que para la elaboración de su trabajo utilizó la historia clínica (6 a 12 años) y el reporte diario instrumentos diseñados por las autoridades de la Especialidad de Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería y obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO _ UNAM), bajo la orientación de la propuesta filosófica de V. Henderson ,en la aplicación de la ética en el cuidado se pidió a la madre de la menor autorización por medio de la firma del consentimiento informado, para la jerarquización de las necesidades utilizaron los esquemas gráficos, de continuum de independencia – dependencia como el tiempo y duración propuesta por Margot Phaneuf para determinar el grado de dependencia para la redacción de los diagnósticos reales, se utilizó el formato PES (problema, Etiología, Signos y síntomas) para los de riesgo las características definitorias y los factores de riesgo, para los de salud solo los etiquetas diagnósticas, mediante la taxonomía de la NANDA. Los cuidados de Enfermería fueron fundamentales para lograr su independencia en la atención de una adolescente con amputación bilateral pélvica, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el modelo de Virginia Henderson son herramientas de utilidad para brindar los cuidados pero que se deben ir aplicando con conocimientos y destreza para identificar la independencia y dependencia, así

²Mariano Sánchez, Natividad; Espinosa Meneses, Verónica. Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica.[internet] Desarrollo CientífEnferm. 2008 julio, 16(6). </dce/16/16-276.php>

saber en qué conocimientos deben reforzar de las personas con alteración en la salud.

Virginia Henderson propuso catorce necesidades básicas en los individuos, las cuales son satisfechas cuando el individuo posee el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, pero cuando existe una carencia o fuente de dificultad una o más necesidades pueden no satisfacerse, originando problemas en la salud. La principal influencia de Henderson consiste en la aportación de una estructura teórica que permite realizar el trabajo enfermero por necesidades del cuidado, facilitando esto la definición del campo de actuación.

A continuación se presenta un estudio elaborado por Rosa Reina³ en la Unidad de pediatría, del Hospital Central de Valencia en el año de 2009. Basado en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson. El cual es un modelo humanista centrado en la persona, a la que considera como un ser bio/psico/social y espiritual. El caso fue en una paciente escolar de 8 años de edad con el síndrome de Guillen – Barré. Esta patología es una neuropatía periférica ascendente desmielinizante que destruye la parte motora y conserva la sensibilidad en una forma simétrica ascendente lo que vendría siendo una desmielinización de los nervios, su incidencia es muy baja, y poco común en niños de 0 y 12 años, partiendo del conocimiento de la patología, la enfermera crea un instrumento valioso que le sirve como centro de orientación para practicar el arte y la ciencia de los cuidados de enfermería. Además de la utilización de estos elementos se hace sumamente importante el estudio y conocimiento de diversas patologías a las que se enfrenta día a día.

Ángeles – Oblitas Y⁴, realizó un estudio de caso, para brindar los cuidados en enfermería a una niña en etapa escolar, con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo Perú, con el objetivo de identificar los problemas o riesgos que afecten la salud de la escolar y planificar los cuidados respectivos, la metodología que utilizaron en este estudio fue el

³Rosa Reina Cuidados de enfermería en paciente pediátrico con el diagnóstico de Guillen Barre “Colombia 2009, Hospital de Vera Candioti <http://xurl.es/qgz1c>

⁴Angeles-Oblitas Y, Barreto-Quiroz M, Bolaño-Gil H. Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza A1H1N [internet] en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Rev. enferm Herediana.2010; 3(1):43-48 <http://xurl.es/ac1bm>

proceso del cuidado de enfermería. La autora utilizó como instrumentos de valoración la observación, la entrevista, y exploración Física. Posteriormente estableció y priorizó las necesidades según Virginia Henderson. Ella refiere que el proceso de cuidado, permite brindar, promocionar y optimizar estilos de vida saludables en la niña, con la ayuda de la familia para alcanzar su bienestar.

Martínez E.⁵ En su estudio de caso en un adolescente de 13 años de edad con alteración de la necesidad de movimiento y postura, refiere que es importante resaltar que en la estructura del trabajo se reflejan todos y cada uno de los procedimientos, haciendo énfasis en los datos objetivos para identificar problemas o necesidades, Cabe destacar que se tomó como modelo el propuesto por Virginia Henderson la cual contempló la práctica de la enfermería independiente de la medicina, las personas podrían llegar a satisfacer sus necesidades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios, Cuando están enfermas o sanas, pero las limitaciones citadas anteriormente, las enfermeras suplen a las personas, reforzando y trabajando para aumentar la fuerza, su voluntad o mejorar su conocimiento.

Mondragón RA.⁶ Presenta el caso de un adolescente (14 años), residente de Nayarit, en el periodo post-operatorio tardío de cirugía cardíaca, con diagnóstico médico de síndrome de elección 22q 11 que según la literatura es manifestado por dismorfia facial distintiva, déficit intelectual y alteraciones psiquiátricas, con estos datos clínicos permitió establecer el estado de salud, causas de independencia, por la dificultad de realizar el diagnóstico diferencial con otros padecimientos es importante que el personal de enfermería al cuidado de las personas con cardiopatías congénitas tengan el conocimiento sobre las manifestaciones clínicas psiquiátricas que se pueden presentar durante la hospitalización ,el caso se basó en las necesidades de Virginia Henderson, es una propuesta de un plan de cuidados dirigidos a un adolescente que presenta alucinaciones.

⁵ Martínez E. Caso clínico de un paciente con necesidad de moverse [internet]Revista de Enfermería del IMSS, No. 15, 2010, 13-14

⁶ Mondragón Romero A y col. Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de elección 22q11 [internet] Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2010;18 (3): 82-86 <http://xurl.es/ieqrv>

Carreño Rodríguez⁷ refiere en su estudio que el proceso de atención de enfermería (PAE), le ha proporcionado a la profesión de enfermería una identidad propia de carácter científico. Estableciendo como único objeto de estudio y cuidado de la salud de la persona, la familia o comunidad. La autora retoma los conceptos de Virginia Henderson desde una filosofía humanista, considerando que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, en una lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico con el fin de mantener en un estado óptimo la propia salud, la aplicación del proceso de cuidados, sea cual sea la situación que vive el paciente se busca lograr su independencia.

En este trabajo la metodología empleada fue la aplicación de un formato para obtener información, Las variables de este estudio fueron las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson, se identificaron las más alteradas y posteriormente se formularon los diagnósticos con el formato PES: problema, etiología, signos y síntomas, incluyendo las etiquetas diagnósticas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). La autora concluye mencionando que al elaborar un plan de cuidados y ejecutarlo permite otorgar una atención efectiva y eficiente.

Wilmaris Rivero⁸ Nos habla de un caso clínico aplicado a un escolar de 9 años, en el área de urgencias del hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga Valencia Edo. de Carabobo, su objetivo en el estudio es aplicar el proceso de Enfermería en pacientes pediátricos con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) complicado con endocarditis infecciosa en el área de urgencias pediátricas del hospital. La metodología aplicada fue el proceso de atención de enfermería, y la teoría de Virginia Henderson. En este sentido, se llega a la conclusión de que

⁷ Carreño RA. Proceso enfermero en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo el enfoque de Henderson [Internet] Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2011;19 (3): 105-113 en <http://xurl.es/9qbdq>

⁸ Wilmaris Rivero Aplicación del proceso de enfermería en pacientes de Leucemia Linfoblástica aguda complicada con endocarditis infecciosas fundamentada en la teoría de Virginia Henderson [internet] Valencia Edo de carabobo 2011. <http://xurl.es/h8b5t>

existen intervenciones y acciones específicas de Enfermería para cada patología que pueden optimizar su mejoría y pronta recuperación.

Otro de los casos fue presentado Díaz BRE.⁹ En un lactante menor con cardiopatía congénita a quien se elaboró un proceso enfermero con el enfoque de Virginia Henderson. Los autores realizaron elección del lactante en el servicio de cardiotorax del Instituto Nacional de Pediatría (INP), solicitando al cuidador primario autorización a través del formato de consentimiento informado el cual fue firmado por la mamá.

En la metodología se realizó una revisión bibliográfica extensa para la construcción del marco teórico, así como una valoración de enfermería utilizando un formato de evaluación de las necesidades básicas en los menores de 0- 5 años del INP. Hicieron una jerarquización de las necesidades basadas en el Modelo de Virginia Henderson, elaboraron diagnósticos enfermeros, planeación y ejecución de intervenciones especializadas de enfermería bajo el rigor ético pertinente y la evaluación de los resultados.

Oble PM.¹⁰ Presenta estudio de caso clínico realizado en un neonato sano utilizando el proceso de enfermero como guía de valoración basada en el modelo de V. Henderson.

En la valoración la fuente primaria fue el neonato, como fuente secundaria la entrevista con la mamá, el expediente clínico, bibliografía, para jerarquización de las necesidades y la estructuración de diagnósticos de enfermería.

En este estudio se concluyó que la adecuada aplicación del proceso de atención de Enfermería en conjunto con el modelo teórico es importante para realizar un estudio de caso sistematizado en el neonato. Es básico contar con un soporte teórico, así como estudios publicados con esta metodología para tener una base de información basada en evidencias.

La autora sugiere elaborar instrumentos de valoración más específico en el neonato para detectar claramente las necesidades alteradas.

⁹ Díaz Benítez ER. Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita [internet] Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2011;19 (2): 74-79 <http://xurl.es/225cc>

¹⁰ Oble P M. Neonato Sano [internet] Hospital General de México, México D, F Enero 2011. <http://xurl.es/g70xd>

1.2.- MARCO REFERENCIAL

RELACIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON LOS CONCEPTOS DE LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Según Henderson los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistematizado de trabajo como el proceso de atención de enfermería.¹¹ Para ella las catorce necesidades básicas humanas orientarán las 5 fases del proceso.¹²

Fase de Valoración

Permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones, Durante la observación se aprecia que la valoración del paciente se basa en el nivel de satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas. Las enfermeras anotan si el paciente es independiente, parcialmente dependiente o totalmente dependiente con respecto a las siguientes necesidades:

- 1.-Respiración: respira normalmente
- 2.-Alimentación: comer y beber adecuadamente
- 3.-Eliminación: eliminación de desechos corporales
- 4.-Movilización: moverse y mantener posturas deseables
- 5.-Descanso: dormir y descansar
- 6.-Vestuario: seleccionar ropas adecuadas, desvestirse
- 7.-Termorregulación: mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustado la ropa y modificado en el entorno
- 8.-Higiene: mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
- 9.-seguridad: Evitar el peligro del entorno y evitar las lesiones a otros
- 10.-Comunicación: comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.

¹¹ Rodríguez A, Ferrer M, Prevalencia de diagnósticos de enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes, *Enfermería clínica* .2002, 12(6):256-9.

¹² García MJ. Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson: propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, México D.F: editorial Progreso, 2004:8-17.

11.-Creencias y valores: rendir culto según la propia fe.

12.-Realización: trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.

13.-Recreación: Jugar o participar en diversas formas de ocio.

14.-Aprendizaje: aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Fase de diagnóstico

Se examina el grado de dependencia del paciente en relación a cada una de las necesidades básicas, según el resultado de la valoración y esta comprende de varias acciones, análisis de datos, formulación de diagnósticos de enfermería e identificación de los problemas interdependientes.

Fase de planificación

Henderson sugiere, que el plan de cuidados debe corresponder a las necesidades de la persona, actualizarlo periódicamente de acuerdo a los cambios, y que se adapte al plan prescrito por el médico.

En su opinión es buen plan aquel que integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud.

Los puntos que debe incluir la etapa de planificación es: fijación de prioridades, establecimiento de los objetivos, determinación de las actividades de enfermería.

Fase de ejecución

La enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para tener una muerte pacífica, incorporando a la familia a los cuidados, mediante la observación se aprecia que la ejecución de los cuidados se basa en el cumplimiento de las actividades planificadas para satisfacer las necesidades humanas básicas.

Fase de evaluación

Se evalúa al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente.

En esta fase la enfermera, al final del proceso de Enfermería compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Según Henderson los objetivos se han conseguido, si se ha mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se ha recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte tranquila. ¹³

1.3.- IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE LA ÉTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

“La enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad, justicia e igualdad “¹⁴Es propio de la enfermería “el proceso de cuidar que se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto cuidado”¹⁵. Es decir, con una ética del cuidado debe tener en cuenta siempre el mejor bien del paciente. El consejo internacional de enfermería señala :Al dispensar de los cuidados la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres, y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad”¹⁶ y al referirse al final de la vida ,comenta “ la función de la enfermera es fundamental para los cuidados destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante una pronta evaluación , identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas , sociales , psicológicas , espirituales y culturales”¹⁶ (Ver anexo1)

¹³ Rodríguez A, Ferrer M, Prevalencia de diagnósticos de enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes, Enfermería clínica .2002, 12(6):256-9.

¹⁴ Comisión interinstitucional de Enfermería .Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México 2001.

¹⁵ Código de ética de la enfermería colombiana. En :<http://www.anec.org.co/>

¹⁶ Torralba Francesc. Ética del cuidar, Fundamentos contextos y problemas y problemas, Madrid:Institut Borja de Bioética y fundación Mapfre Medicina; 2002.5 código de ética del CIE para la profesión de enfermería , Consejo internacional de enfermería , Ginebra ,2000, revisada 20006.

1.4.- FACTORES DE DEPENDENCIA DE LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN

(SÍNDROME DE INTESTINO CORTO)

Epidemiología

Hay pocos datos epidemiológicos en la literatura médica pediátrica. Se estima que el Síndrome de Intestino corto tiene incidencia entre 2 y 5 casos por millón, aunque las series difieren bastante en cuanto a frecuencia de las causas más habituales. Un ejemplo lo constituyen las cifras de Enterocolitis Necrosante que fluctúan entre 14% y 43% en México y en el Hospital Infantil de México el 2% del 2011 Y 2012. Queda claro que los más afectados son los niños prematuros. El riesgo de muerte por Síndrome de Intestino Corto y sus complicaciones es de 37,5%.¹⁷

Definición

El Síndrome de Intestino Corto (SIC) se define como la pérdida, congénita o adquirida, de una extensa área del intestino delgado que genera inadecuada absorción enteral de nutrientes. Más que anatómica, es una definición funcional que se enmarca en el concepto de insuficiencia intestinal. La disminución de la superficie de absorción y aumento de la velocidad de tránsito intestinal da lugar a deshidratación, alteraciones de equilibrio electrolítico y ácido base

La clasificación de los pacientes con Síndrome de Intestino Corto se basa en las características anatómicas del intestino remanente y la patogenia del proceso. En los niños de acuerdo a la longitud del intestino delgado (medido a lo largo del borde antimesentérico durante la cirugía) las resecciones cortas respetan más de 100 a 150 cm; las largas dejan remanentes de 40 a 100 cm; y las masivas, menos de 40 cm. Se habla de resección extrema cuando el remanente tiene longitud inferior a 25 cm. En las dos últimas condiciones la probabilidad de insuficiencia intestinal permanente es muy alta.

¹⁷ Estadística del Hospital Infantil Federico Gómez 2011 – 2012.

Etiología

Las causas de Síndrome de Intestino Corto son múltiples y varían de acuerdo con la edad. Los más afectados son los neonatos y, entre ellos, los prematuros. Las causas neonatales son por vólvulo del intestino medio, enterocolitis necrotizante (EN), trombosis arterial o venosa intestinal

La más frecuente es la Enterocolitis Necrotizante que afecta especialmente a los prematuros y sería, probablemente consecuencia de injuria isquémica asociada a asfixia perinatal, colonización bacteriana del intestino, alimentación enteral precoz en base a fórmulas artificiales y otras, como hiperglobulia en el neonato de término. El “apple peel” es consecuencia del desarrollo anómalo de la arteria mesentérica superior. En la gastrosquisis se llega a Síndrome de Intestino Corto por isquemia o traumatismo del intestino expuesto. En niños mayores el vólvulo facilitado por masa tumoral y el trauma intestinal adquieren connotación.¹⁸

Manifestaciones clínicas

La enfermedad constituye en esencia, un síndrome de malabsorción, fácilmente reconocible por la presencia de diarrea de alto flujo, curso refractario, de tipo ácido, con esteatorrea en algunos casos, asociada a trastornos hidrosalinos y ácido base severos.

Evolución clínica

En las primeras etapas, inmediatamente después de la resección intestinal predominarán las alteraciones de la hidratación y ácido-base, eritema de pañal, excoriaciones perianales, úlceras de estrés. En el mediano y largo plazo, en el curso de la evolución se reconocen signos carenciales para vitaminas y oligoelementos. Posteriormente, es evidente la malnutrición con detención del desarrollo pondoestatural más complicaciones sépticas, hepáticas, renales, pépticas, motoras intestinales y óseas.

¹⁸ Alarcón T. Síndrome de intestino corto: un problema de la neonatología, la gastroenterología y la nutrición. En: Pediatría Práctica en Diálogos. Meneghello J. Editorial Panamericana. Buenos Aires 2001: 773- 77

Predictores de morbilidad y mortalidad

Longitud del intestino delgado y grueso, pérdida de la válvula ileocecal y desarrollo de colestasia asociada a nutrición parenteral. Sorprendentemente, no parece que la edad gestacional, número de episodios sépticos y etiología sean predictores de mortalidad.

Manejo médico y pronóstico

El advenimiento de la nutrición parenteral y enteral ha modificado sustancialmente el pronóstico, especialmente en neonatos. Junto a ellas el progreso tecnológico en ventilación asistida -invasiva y no invasiva-, mejoría en calidad de catéteres, manejo de infección intrahospitalaria y creación de unidades neonatales de pacientes críticos y cuidados intermedios con monitorización acuciosa han sido trascendentales. Hoy sobrevive cerca de 90% de los niños afectados por Síndrome de Intestino Corto.

Terapias médicas de rehabilitación intestinal: Utilizan los factores moduladores favorecedores de adaptación intestinal, de los cuales son fundamentales: NE y manejo de la flora saprófita con antibióticos. Los probióticos no están aún validados en SIC infantil.

Terapias quirúrgicas: Constituyen un aporte muy valioso al manejo de SIC. Múltiples y variadas al igual que sus rendimientos: creación de neoválvulas, flujo antiperistáltico, alargamiento de asa intestinal y el trasplante de intestino aislado o en asociación con hígado y otras vísceras cuyo pronóstico mejora cada día más.¹⁹

¹⁹ STRANGE GR et al: Medicina de Urgencias, capítulo 51, padecimientos abdominales agudos, McGraw-Hill, p. 338, 1998.

II METODOLOGÍA

2.1 Descripción del Caso

Se trata de lactante mayor de sexo masculino de 11 meses de edad. Originario y residente de Teoloyucan Edo de México, forma parte de una familia nuclear compuesta por tres miembros incluyéndolo a él, el padre de 25 años de edad, cuya escolaridad se desconoce, empleado como chofer, madre de 18 años de edad, dedicada al hogar, escolaridad secundaria no tiene hermanos. El rol parenteral se encuentra en la etapa de crianza del hijo, los lazos afectivos son fuertes entre los miembros de la familia.

Actualmente habitan en una casa prestada, construida con tabique, techo de loza, cuenta con todos los servicios de urbanización, para trasladarse cuenta con taxis, transporte colectivo y líneas de transporte público.

Los ingresos económicos son aportados por el padre que labora como chofer no especificando cantidad.

Antecedentes perinatales, es producto de gesta 1, cesárea 1, producto deseado.

Nació en el INPER (Instituto Nacional de Perinatología) el 26 noviembre 2011 por vía abdominal 11.55 horas am, con un peso 1.800 kg, talla 50 cm, con FC140, FR 80, APGAR 8/9 Silverman 2 Capurro 34.2 semanas de gestación, con defecto de pared abdominal (gastroquisis) , necesito de presión positiva por 30 seg. Posteriormente con apoyo ventilatorio, Fase III. Se coloca bolsa de bogotá para proteger órganos expuestos, y es referido al Hospital Infantil de México Federico Gómez a las 8 horas posterior a su nacimiento para continuar con tratamiento.

Ingresando a la unidad de cuidados intensivos neonatales por las condiciones en que se encontraba el recién nacido, inmediatamente se coloca catéter venoso central y se realiza plastia de pared abdominal en donde se detecta defecto de pared de 3 cm. de diámetro y probable zona de atresia de intestino delgado distal a perforación y peritonitis generalizada, se realizó enema para descartar obstrucción intestinal sin obtener meconio únicamente moco , se colocan estomas derecho e izquierdo.

El 26 noviembre de 2011 se realiza laparoscopia exploradora encontrando perforación de íleo, realizando resección de 15 cm.

En la misma fecha de ingreso se realizan estudios de laboratorio, ultrasonido trasfontanelar y ecocardiograma. Con los siguientes resultados: sin datos de

hemorragia intracraneal, en ecocardiograma se encuentra resistencia del conducto arterioso (PCA).

Permaneció en la UCIN por un mes con ventilación fase II, con nutrición parenteral, es traslado al servicio de terapia intermedia por edad en donde permanece aproximadamente por 10 meses se continúa con su tratamiento, presentando en el tiempo de su hospitalización múltiples complicaciones las cuales son tratadas dejando secuelas.

El 12 de Mayo del 2012 se realiza cierre manual de estomas distal derecho e izquierdo.

El 1° de oct. Del 2012 el paciente de 11 meses de edad es trasladado al servicio de cirugía general donde se inicia el estudio de caso clínico encontrándose paciente masculino con edad aparente menor a la cronológica, integro, bien conformado, cabello reseco, opaco despeinado, facies de dolor, en posición forzada por ferulización intestinal de gastrotomía, ectomorfo, se observa catéter venoso central en femoral derecha, piel reseca, pálida, viste solamente pañal.

Alta a su domicilio el día 8 de enero por mejoría con las siguientes indicaciones: observación de características de evacuaciones, dieta con fórmula especial neocate 50 ml. En infusión continua y cuidados del área de inserción de sonda de gastrostomía ministración de medicamentos (Furosemida 4.7 mg c/24 horas, Loperamida 1 mg c/8 horas, vitaminas E 400 u, vitamina K 10 mg; vitamina ACD 2 ml, Omeprazol 5 mg c/24 horas ministrados por sonda de gastrostomía). Además con interconsulta a servicio de rehabilitación para continuar con el tratamiento establecido.

Datos del 1 / octubre / 2012

Somatometría	Signos vitales	Química sanguínea	Electrolitos séricos	Gasometría
Peso 4,480 Kg	Frecuencia cardíaca 132 por minuto	Hemoglobina 13.5	Na 138	Ph 7.33
Talla 56.5 cm	Frecuencia respiratoria 39 por minuto	Hematocrito 16.5	K 3.7	CO2 35.2

Perímetro abdominal 52 cm	Tensión arterial 90/60 mm/hg	Leucos 16,200 Neu 79	Cl 101	PO2 41.1
Perímetro 51.5 cm cefálico	Temperatura de 36.9 °C	Plaquetas 283 ,000	Ca 9 P 3.5 mg	HCO3 10.1 Saturación 97%

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

NECESIDADES EN DEPENDENCIA

1.- NUTRICIÓN

La mamá refiere que desde su nacimiento lo dejaron por un periodo largo en ayuno, en expediente se refiere que se inició con nutrición parenteral Total desde su nacimiento hasta los 12 meses de edad con modificaciones según respuesta del paciente, en este momento cuenta con infusión continua Neocate 26 % + 1.5 % de matrodextrinas + 5% de Harina de arroz + 1.5% de aceite 130 ml/kg/día infundiendo a 30 ml/hr por sonda de gastrostomía. Actualmente con peso de 4,480 kg y talla 56.5 Cm se encuentra por debajo de la percentil 5 según (Datos del national center For Health statistics (NCHS)(Anexo 2).

A la exploración física se observa Cabello seco, opaco, limpio, pupilas isocóricas normoreflexivas, ojos brillantes húmedos, conjuntivas vascularizadas, pálidas, Labios hidratados, íntegros, suaves, de color rosados, encías y lengua rosada uniforme mucosas orales hidratadas, con presencia de 6 piezas dentales, abdomen a la inspección con cicatriz por defectos de la pared abdominal, presencia de sonda de gastrostomía ,a la palpación blando depresible a la auscultación se escucha sonido timpánico en los cuatro cuadrantes ruidos peristálticos disminuidos , poco audibles.

2.- OXIGENACIÓN

La mamá comenta que su hijo cuando estaba en el área de terapia neonatal necesito de apoyo ventilatorio en Fase III aproximadamente 20 días, posteriormente con casco cefálico, y que duro más tiempo con el oxígeno indirecto hasta mes y medio, cuando le realizan procedimientos sigue requiriendo de él oxigeno con nebulizador 35% a 2 litros por minuto.

Presento neumonía el 16 de nov. de 2012 necesitando oxigeno con nebulizador a 2 litros por min. Por dos meses y tratamiento con antibióticos.

A la exploración física se encontraron los siguientes datos: nariñas con secreción verdosa, a la inspección instrumentada se observa descarga retro nasal verdosa espesa, amígdalas coloración rosa brillante, crecimiento en grado II, orofaringe sin alteraciones, cuello cilíndrico, tráquea central, movable sin adenomegalias, tórax normo lineo, movimientos respiratorios normales, a la auscultación campos pulmonares con sibilancias, estertores gruesos en bases pulmonares, precordio normo dinámico, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia sin agregados.

3.- MOVIMIENTO Y POSTURA

El cuidador primario comenta que Héctor sostuvo la cabeza a los 3 meses fija la mirada a los 4 meses y medio, Balbucea a los 5 meses, la mamá dice que actualmente tiene ella que ayudarlo a sostener el cuello ya que no tiene la fuerza suficiente para realizarlo por el mismo, no se sienta solo y para cambiar de posición lo tiene que ayudar. La mamá refiere que no realiza ningún tipo de actividad para estimular a su hijo a recuperar la fuerza.

A la exploración física se observa sin sostén cefálico con extremidades superiores espásticas, reflejos osteotendinosos en ambos brazos presentes, con rigidez en articulaciones, con manos en posición de empuñamiento, Extremidades inferiores con movimientos de abducción, rotación interna y externa con flexión y extensión de rodilla. La fuerza y tono muscular se encontraba en escala de Daniels 3/5 de acuerdo a la escala Denver se encontraba en edad de tres meses.

4.- DESCANSO Y SUEÑO

La mamá refiere que el niño duerme en promedio 8 horas por la noche y en la tarde de 2 horas, Héctor despierta con facilidad al escuchar ruidos intensos y cuando le realizan algún procedimiento, solo duerme si lo arrullan. Cuando la mamá intenta dejarlo en la cuna despierta y no conciliar el sueño, actualmente se encuentra en el servicio de cirugía en una sala grande de 6 cunas iluminado con más pacientes acompañados cada uno con un familiar, lactante mayor en cuna, con una almohada y juguetes.

Exploración física se observa.

Región a explorar	Lactante
Tegumentos	Palidez
Párpados	Ojeras y edema
Globo ocular	Nistagmos
Conjuntiva	Enrojecimiento
Boca	Bostezos frecuentes

5.- COMUNICACIÓN

La mamá refiere que el niño no dice ninguna palabra que solamente emite sonidos y ella no sabe cómo ayudarlo ya que dice que le gustaría que le dijera mamá.

A la exploración física se observa que Héctor identifica y responde a la voz de su mamá con balbuceo débil, responde al frío y al calor y a estímulos dolorosos, reflejo corneal a nivel de parpado presente, eleva las cejas, aprieta los labios, tiene simetría facial. Héctor se comunica a través del llanto y el balbuceo para poder satisfacer su necesidad de hambre, frío y eliminación, identifica el olor de su mamá y le gusta acercarse a ella, le gustan las texturas suaves responde con sonrisa en las texturas gruesas llora. De acuerdo a la escala de Denver realiza actividades de acuerdo a la comunicación de un niño de 3 a 7 meses de edad.

6.- APRENDIZAJE

Al interrogar a la mamá ella comenta que no sabe cómo ayudar a su niño para que aprenda lo que no sabe hacer.

a la exploración física se encuentra con ojos simétricos, pupilar isocóricas normoreflexivas y reactivas a la luz, nariz central permeable, pabellón auricular formado, con conductos auditivos estrechos, Héctor responde a la voz de su mamá con balbuceo débil cavidad oral con sonidos de balbuceo se encuentra en la escala de Denver 3 meses (lenguaje), responde al frío y al calor y estímulos dolorosos, sonríe cierra los párpados, eleva las cejas, aprieta labios, tiene simetría facial Denver 3 (personales – sociales) . Héctor no gatea debilidad de cabeza y cuello y tronco así como espasticidad de miembros superiores e inferiores Denver 3 (motoras y finas adaptativas) .

7.-TERMOREGULACIÓN

Héctor lactante mayor masculino, con edad aparente menor a la cronológica, En actitud forzada, piel caliente, rubicunda, fontanela normo tensa, mejillas con rubicundez, llenado capilar de 3 segundos, se encuentra en su cuna solo con pañal y ninguna prenda de ropa, datos objetivos son: temperatura 40 grados centígrados, irritable , malestar general.

9.-RECREACIÓN

La recreación de Héctor se encuentra en dependencia porque tiene muy pocos juguetes acorde para su edad. la mamá comenta que ya recibió orientación

sobre los juguetes que debe de comprar para su estimulación y recreación como son los cubos, pelotas, sonajas, móviles o muñecos de felpa, móviles de formas brillantes arriba de la cuna, [juguetes de estímulo](#) sensoriales. Ella refiere que no se los han comprado por que al lactante no le llaman la atención los juguetes con sonido al contrario se irrita. Héctor en su cuna solo cuenta con juguetes acordes para la edad solo un títere.

NECESIDADES DE RIESGO

10.-SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

La mamá de Héctor dice que el niño no cuenta con las vacunas de acuerdo para su edad, no muestra cartilla de vacunación. Los padres de Héctor y la Familia que lo visitan en el hospital saben las medidas de seguridad para cuidar a Héctor como lavado de manos y uso de barandales .se considera en riesgo por que el niño tiene un catéter venoso central en femoral derecha y sonda de gastrostomía y la mamá no sabe de los cuidados que debe tener a la piel en el área de inserción de la sonda por lo cual se dio orientación al cuidador primario de cómo utilizarla y la preparación de la fórmula de los cuidados que debe tener para prevenir un proceso infeccioso.

11.-REALIZACIÓN

El cuidador comenta estar cansado y que ya quiere llevarse a su hijo a su casa está dispuesta a adquirir conocimientos para realizar los cuidados que requiere su hijo.

Esta necesidad se encuentra en riesgo debido a que desde que nació el lactante se encuentra hospitalizado , los padres se han tenido que estar rolando para estar al cuidado del paciente durante su estancia en el hospital , y no han podido convivir como familia.

12.-ELIMINACIÓN.

Esta necesidad está en riesgo porque refiere la mamá que el niño evacua casi siempre líquido y con olor desagradable, A la exploración focalizada de la necesidad se observa piel pálida y mucosas hidratadas.

La evacuación es fétida con un volumen fecal de 98ml en 24 horas, la micción de orina es en el pañal y se le cambia cada 2 o 3 horas de 30 a 40 ml amarilla

ámbar. 04/12/12 toman un examen general de orina donde se reporta densidad urinaria 1015, pH 5, leucos 0 – 2 por campo, bacterias escasas, células epiteliales 0 – 3 por campo. Genitales fenotípicamente masculinos, retracción de prepucio sin presencia de secreción. Ano permeable con abertura ovoide de 1.5 cm, extremidades integra.

NECESIDADES DE INDEPENDENCIA

12.- VESTIDO Y DESVESTIDO

Se encuentra en independencia ya que su mamá tiene conocimiento de la ropa que puede usar de acuerdo a su edad, y época del año.

La ropa en el hospital es suficiente con características de acuerdo a edad.

13.- HIGIENE

La higiene de Héctor se encuentra en Independencia ya que su mamá conoce la necesidad de mantener hidratada y limpia su piel lubricándola 2 veces al día, lo bañan diario y la ropa se cambia diario y si es necesario de 2 a 3 veces al día.

14.- VALORES Y CREENCIAS

Los valores de la Familia de Héctor, son de amor, ayuda, confianza, y fe, estos valores ayudan a que la familia este unida para que no sufran la enfermedad como un castigo, la mamá de Héctor menciona que la fe es la que la mantiene con ganas de seguir adelante y confiar en Dios para que mejore su hijo, tienen estampas de santos en la cuna de Héctor para que lo protejan.

2.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS

La selección del caso se realiza en el área de Cirugía del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Donde se realizaron 14 seguimientos, los cuales fueron en el área de Hospitalización.

La recolección de datos se realizó a través de la valoración exhaustiva por medio de la entrevista y exploración física utilizando el formato Valoración de 0 a 5 años. (Anexo 3) En el cual recopilamos: datos demográficos, antecedentes familiares, orientación a la familia, antecedentes personales patológicos y no patológicos

se valoran las catorce necesidades propuestas por Virginia Henderson.

Esta valoración se realizó a través de la entrevista, la exploración física y consulta de expediente clínico, pruebas diagnósticas y laboratorio, en la cual se identifican las necesidades de salud y factores de riesgo.

La valoración focalizada de las 14 necesidades se realizó utilizando la hoja de reporte diario (Anexo 4). En este instrumento se recopila información con ayuda del cuidador primario obteniendo datos subjetivos y objetivos.

El consentimiento informado es el acuerdo con el familiar para que permita que se realice el estudio de caso a su hijo (Anexo 5). También se utilizó para la valoración la escala Denver (anexo 6).

2.3 PROCESO DIAGNÓSTICO

De acuerdo al grado de afectación de las necesidades se realizó la elaboración de los diagnósticos en donde se utilizaron las etiquetas taxonómicas de la NANDA, con el enfoque de la teoría de Virginia Henderson, elaborando diagnósticos Reales: Mismos que consta de tres partes utilizando el formato PES: problema (P)+etiología, factores causales o contribuyentes (E)+signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

El diagnóstico de alto riesgo: va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P)+etiología/factores contribuyentes (E).

Etiología/factores contribuyentes (E). Y el diagnóstico de bienestar: donde deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.

Se detectaron un total de 14 diagnósticos **8 problemas reales, 3 de riesgo y 3 de bienestar**



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

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

VI. JERARQUIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosociales y espiritual).

Fecha	Necesidad	Diagnostico	Fuentes de dificultad	Nivel y grado de dependencia/ independencia	Prioridad
	1. Necesidad de nutrición.	Alteración de la nutrición por defecto relacionada con incapacidad para absorber los nutrientes manifestados por palidez, peso corporal 4,485 Kg, por debajo del percentil 5, piel pálida, seca y edad menor a la cronológica.	Falta de fuerza	6 total de varios años.	Alta
	2. Necesidad de Oxigenación	Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado, con incapacidad para eliminar las secreciones del tracto respiratorio manifestado por secreciones verdosas en narinas, sibilancias y estertores gruesos en bases pulmonares	Falta de fuerza	Dependencia 4 transitoria de semanas	Alta
	Necesidad de Termorregulación.	Alteración del bienestar relacionado con aumento de la temperatura corporal 40 °C manifestado por, malestar general, irritabilidad, rubicundez, piel caliente, llenado capilar de 3 segundos.	Falta de fuerza	Dependencia 5 transitoria por algunas horas	Alta
	4. Necesidad de	Alteración de la movilidad	Falta de fuerza	Dependencia 5	Alta

	Movimiento y Postura	física relacionado con disminución de la fuerza muscular manifestado por debilidad de cabeza cuello y tronco así como espasticidad de miembros superiores e inferiores. Denver de 3/7 meses, Daniels 3/5		parcial transitoria por varios meses.	
	5. Necesidad de descanso y sueño	Alteración de la Necesidad de Descanso y sueño relacionada entorno hospitalario(ruido), manifestado por ojeras, fatiga, ojos cansados	Falta de conocimiento	Dependencia 3 ligera transitoria por varios días.	Alta
	6. Necesidad de aprendizaje	Alteración del Aprendizaje relacionado hospitalización prolongada, falta de conocimientos del cuidador primario para estimular a su hijo manifestada por ausencia de movimientos coordinados y voluntarios, balbuceo, desarrollo en la escala de Denver de 3 meses en el aprendizaje.	Falta de conocimiento.	Dependencia 4 crónica de algunos meses.	Media
	7. Necesidad de Comunicación.	Deterioro de la comunicación verbal relacionada con falta de conocimiento del cuidador primario de técnicas de estimulación temprana y limitación física en el niño manifestado por balbuceo ausencia de sonrisa social y Escala de Denver de 3 meses.	Falta de conocimiento.	Dependencia 4 crónica de algunos meses.	media
	8. Necesidad de Recreación.	Alteración en la necesidad de recreación relacionada con entorno desprovisto de juguetes acordes para la edad manifestado por desinterés de Héctor de jugar con los juguetes que tiene en su cuna.	Falta de conocimiento.	Dependencia ligera 3 transitoria por varias semanas.	media

	9. Necesidad de Seguridad y Protección	Riesgo de infección local o sistémica relacionada con procedimientos invasivos (catéter venoso central y gastrostomía)	Falta de fuerza	Dependencia 3 transitoria de algunos meses.	alta
	10. Necesidad de Eliminación	Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C pérdidas por evacuación	Falta de fuerza	Dependencia 6 crónica de algunos años	Alta
	11. Necesidad de Realización	Riesgo de cansancio del rol del cuidador relacionada con hospitalización prolongada del lactante y ser el cuidador las 24 horas	Falta de fuerza	3 transitoria de varios meses.	Media
	12. Necesidad de Higiene	Independencia en la necesidad de higiene		Independencia nivel 1.	Baja.
	13. Necesidad de Vestido y desvestido	Independencia en la necesidad de vestido y desvestido relacionado con conocimiento de la Mamá del paciente para satisfacer la necesidad, manifestado por uso de ropa acorde para la edad y la temporada.		Independencia nivel 1.	Baja
	Necesidad valores y creencias.	Disposición de los cuidadores primarios (Papá y Mamá) para mejorar la religiosidad.		Independencia nivel 1.	Baja

2.4 PROCESO DE PLANEACIÓN

Una vez concluida la valoración e identificado los diagnósticos de Enfermería, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. El tipo de plan que se realizó fue individualizado, en el cual se incluyeron todas las etapas del Plan de Cuidados como son:

Establecimiento de prioridades en los cuidados. Se ordenó y estableció jerárquicamente las necesidades detectadas en el paciente lactante mayor en el servicio de cirugía general en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, donde se realizaron los planes de atención de Enfermería.

Planteamiento de los objetivos. Priorizando las necesidades, se definieron los objetivos que se proponen con respecto a cada necesidad. Teniendo presente que los objetivos sirven para:

Dirigir los cuidados. Identificar los resultados esperados. Medir la eficacia de las actuaciones.

- **Elaboración de las intervenciones de Enfermería:** Se elaboraron acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades fueron encaminadas a eliminar los factores que alteraron la necesidad. Estas intervenciones especifican qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. En los planes de intervenciones se llevaron a cabo los tres tipos de intervenciones de enfermería, como son: dependientes, independientes e interdependientes.
- **Evaluación:** La evaluación se dio de acuerdo a los objetivos alcanzados y el grado de Dependencia e Independencia; se utilizó el Instrumento de Continuum Independencia –Dependencia (Phaneuf) y la Relación de la duración y el grado de Dependencia (Phaneuf) que se lograron modificar.
- **Documentación y registro.** En esta etapa se realizó el registro ordenado de los diagnósticos, los objetivos, las intervenciones de enfermería y la evaluación de dichas intervenciones y la fundamentación de los planes de Enfermería.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PLAN DE INTERVENCIONES EN LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN

Nombre: RHH Edad: 11 meses Fecha de Nacimiento: 26 /11/2011

NECESIDAD: ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	ROL DE ENFERMERÍA: Suplencia.
FECHA DE IDENTIFICACIÓN 5 de noviembre 2012	TIPÓ DE PRIORIDAD Alta
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: 6 total de varios años.	FUENTE DE LA DIFICULTAD: Falta de Fuerza.

DIAGNOSTICOS: alteración de la nutrición por defecto relacionada con incapacidad para absorber los nutrientes manifestados por palidez, peso corporal 4,485KG por debajo del percentil 5, piel reseca y palidez, edad menor a la cronológica.

OBJETIVO El paciente aumentara 350 gramos del peso corporal por mes a través de un plan nutricional que se implementara por el equipo multidisciplinario en el periodo hospitalario.

INTERVENCIÓN	ACCIONES	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p><u>INDEPENDIENTE</u></p> <p>1. La enfermera Especialista realizara la monitorización del estado nutricional del paciente cada 24 horas.</p>	<p>Pesar al paciente al lactante mayor diario.</p> <p>Vigilar las tendencias de perdida y ganancia de peso</p> <p>Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación</p> <p>Controlar la turgencia de la piel</p> <p>Observar si el pelo está seco, es fino y resulta fácil de arrancar</p> <p>Observar las encías por si hubiera inflamación, estuviera esponjosa, cedidas y con hemorragias</p> <p>Observar si se producen náuseas y vómitos</p> <p>Vigilar niveles de albumina, proteína total,</p>	<p>La monitorización nutricional nos permite realizar una evaluación del paciente para hacer los ajustes necesarios. Este monitoreo nutricional deberá llevarse a cabo diariamente en pacientes de con alta necesidad nutricional. (Cruz – Góngora Vanessa ,salud pública México 2013 , vol. 11 pág 180 http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol11_1_03/act06103.htm consultado marzo 2013)</p>

	<p>hemoglobina y hematocrito</p> <p>Comprobar el crecimiento y desarrollo</p> <p>Observe si las unas tienen forma de cuchara, están quebradizas, con aristas</p> <p>Observar si la boca/labios están inflamados, enrojecidos y agrietados</p> <p>Observar cualquier llaga, edema y papilas hiperemia o hipertrófica de la lengua y de la cavidad bucal</p> <p>Observar si la lengua es de color escarlata, magenta o crudo</p> <p>Realizar consulta dietética</p>	
<p><u>INDEPENDIENTE</u></p> <p>Alimentación enteral pos sonda gastrostomía 30 ml/hr de fórmula de neocate</p>	 <p>Explicar el procedimiento al cuidador primario</p> <p>Se mantendrá al niño en posición de Fowler en el momento de dar el alimento</p> <p>La entrada del alimento debe ser lenta en la bomba de infusión.</p>  <p>Después de la administración de cada alimentación o medicación, hacer irrigaciones de la sonda con agua (3 ml), para evitar cualquier posible bloqueo del tubo.</p> <p>Vigilar el estado de líquidos y electrolitos</p> <p>Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación</p> <p>Proporcionar un chupón al niño durante la alimentación</p> <p>Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación</p>	<p>La alimentación con neocate es una fórmula semielemental de baja osmolaridad, cuya administración está particularmente indicada para la alimentación del paciente, ya que tiene problemas de asimilación provocados por los trastornos de tipo gastrointestinal,</p> <p>Esta alimentación se realiza para lograr mayor absorción de nutrientes.</p> <p>La fórmula del neocate se basan en un 100% sin aminoácidos libres y no contienen proteína como la leche de vaca para reducir la posibilidad de una reacción alérgica alimentaria, está diseñada para satisfacer los requerimientos nutricionales necesarios para el crecimiento y desarrollo de bebés y niños.</p> <p>Danone Medical Nutrition México</p>

	<p>Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora</p> <p>Retrasar la frecuencia de la alimentación por sonda y/o disminuir la concentración para controlar la diarrea</p>	<p>S.A de C.V</p> <p>www.neocate.com.ar/#Neocate_Qu e es Neocate Abril 2013)</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>3.- Ayudar a ganar peso</p>	<p>Observar si hay náuseas y vómito</p> <p>Disponer de periodos de descanso si es necesario</p> <p>Explicarle al cuidador primario a reconocer la pérdida de peso es parte del progreso natural de la enfermedad</p> <p>Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico</p>	<p>Las prácticas nutricionales óptimas pueden contribuir a mantener el peso y las reservas nutricionales del cuerpo en pacientes con intestino corto, con lo cual se mitigan los síntomas que inciden en la nutrición y se mejora la calidad de vida. Las prácticas de nutrición deficientes, las cuales producen desnutrición, contribuyen a la incidencia y gravedad de los efectos secundarios del tratamiento y aumentan el riesgo de infección, con lo cual se reducen las posibilidades de supervivencia.</p> <p>(Shills ME, Modern Nutrition in Health and Disease. 9th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins, 1999, pp 1317-47.)</p>

EVALUACIÓN

Se realizaron 5 evaluaciones de la necesidad de nutrición, un día por semana los días 12, 19, 26 de noviembre y los días 3 y 10 de diciembre 2012. para valorar el plan nutricional implementado durante su hospitalización. Posteriormente se valoró en consulta externa de enero – junio, encontrándose con aumento favorable de peso de 250 a 350 gr por mes.

En el mes de octubre del presente año tuve contacto con la mamá y el paciente donde el niño se encuentra con un peso de 8,400 kg, continúa en dependencia 6 total por varios años.

PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

NECESIDAD : OXIGENACIÓN	ROL DE ENFERMERÍA: Suplencia
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 20 octubre 2012	TIPÓ DE PRIORIDAD: Alta
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: 4 transitoria por semanas.	FUENTE DE LA DIFICULTAD: Falta de fuerza para eliminar las secreciones del tracto respiratorio.

DIAGNOSTICOS: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado, con incapacidad para eliminar las secreciones del tracto respiratorio manifestado por secreciones verdosas en narinas, sibilancias y estertores gruesos en bases pulmonares.

OBJETIVO: El lactante mayor recuperara la limpieza de las vías respiratorias a través de la implementación de terapia respiratoria cada vez que sea necesario.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p><u>INDEPENDIENTE</u></p> <p>1. Monitorización respiratoria cada hora.</p>	 <p>Vigilar la frecuencia respiratoria , oximetría de pulso , Vigilar los movimientos torácicos, observando la simetría Palpar los movimientos del tórax (expansión) Realizar percusión torácica en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral Auscultación de los sonidos respiratorios Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire Determinar la necesidad de aspiración de secreciones cada 1 hora Auscultar los campos pulmonares para determinar la presencia de sibilancias Informar de la necesidad de realizar la aspiración de secreciones Realizar la aspiración de secreciones en caso necesario, utilizando material estéril, con solución fisiológica, y sondas nelaton de calibre 8 para narinas y boca. Auscultar los sonidos pulmonares después de la aspiración y anotar las características de las secreciones Documentar los datos pertinentes: registro del procedimiento, cantidad de secreciones, color, olor y la situación respiratoria del paciente antes y después del procedimiento.</p>	<p>La valoración del estado respiratorio proporciona datos basales para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería. Kozier, 2002, p. 1209 La vigilancia del estado respiratorio facilita la detección precoz de complicaciones. (Kozier, 2002, p. 1209)</p>
<p><u>INDEPENDIENTE</u></p> <p>2.-realizar fisioterapia respiratoria 2 veces durante el turno. <i>Drenaje postural</i></p>	<p>1.Lavarse las manos 2. Colocar al paciente con la cabecera elevada a 30 o 45° para que drene un área pulmonar. Para drenar los segmentos/lóbulos pulmonares superiores colocar al paciente: Sentado erguido en la cama o en una silla; realizar el tratamiento para el tórax derecho e izquierdo. Inclinado hacia adelante en posición de sentado; realizar el tratamiento en el dorso. Recostado horizontal sobre el dorso; realizar el tratamiento para el</p>	<p>La fisioterapia pulmonar ayuda a movilizar y eliminar la mucosidad que pueda estar obstruyendo las vías aéreas, y la eliminación de secreciones ayudan a limpiar los</p>

	<p>tórax derecho e izquierdo.</p> <p>Recostado sobre el abdomen, inclinado sobre el lado derecho o izquierdo; realizar el tratamiento sobre el lado derecho o izquierdo.</p> <p><u>DRENAJE POSTURAL</u></p> <div data-bbox="509 426 1068 789" data-label="Image"> </div> <p>Para drenar el lóbulo medio colocar al paciente :</p> <p>Recostado sobre el dorso, inclinado sobre el lado izquierdo. En la posición de Trendelenburg tratamiento para el tórax derecho.</p> <p>Recostado sobre el abdomen, inclinado sobre el lado izquierdo, con las caderas elevadas, tratamiento para el dorso derecho.</p> <p>Para drenar los lóbulos basales/inferiores colocar al paciente:</p> <p>Recostado en posición Trendelenburg sobre el dorso; realizar el tratamiento para el tórax derecho e izquierdo.</p> <p>Recostado en posición de Trendelenburg sobre el abdomen; realizar el tratamiento para el tórax derecho e izquierdo.</p> <p>Sobre el lado derecho o izquierdo en posición Trendelenburg sobre el abdomen; realizar el tratamiento sobre el dorso derecho e izquierdo.</p> <p>Recostado sobre el abdomen con tratamiento para el dorso derecho e izquierdo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mantener al paciente hasta ver completado la percusión y vibración torácica (aproximadamente 5 minutos). 4. Asistir al paciente en posición para toser. 5. Colocar al paciente en posición para el drenaje de la siguiente área blanco y repetir la vibración. 6. Continuar la secuencia hasta que haya sido drenado las Áreas blanco identificadas. 	<p>bronquiolos y por tanto mejora el intercambio gaseoso. (Morgan p.6).</p>
--	---	---

<p><u>INDEPENDIENTE</u></p> <p>3. La enfermera realizara fisioterapia respiratoria (vibración) 2 veces por turno.</p>	<p>VIBRACIÓN</p> <p>1. Efectuar vibraciones en el sitio. Asistir en el sitio para expulsar las secreciones y colocar al paciente en posición para la nueva área blanca.</p> <p>2. Repetir la secuencia de vibración y tos/aspiración hasta comprobar que se ha producido el drenaje del campo.</p> 	<p>Con la vibración se realiza una transmisión sonora, realizando un efecto que moviliza las secreciones del árbol bronquial. Esta ha de ser más duradera en tiempo cuanto más distal sea el acumulo de secreciones del árbol bronquial principal. El material utilizado son, percutores electrónicos. (fisioterapia respiratoria en niños en Ibarra Fernández en www.aibarra.org/.../FISIOTERAPIA%20RESPIRATORIA.do c mayo 2013)</p>
--	---	---

EVALUACIÓN

Se realizaron 5 seguimientos de la necesidad de oxigenación en las fechas 20,21,22,25 y 26 de octubre 2012, para valorar el plan de la necesidad de oxigenación implementando, observándose los siguientes resultados: el paciente mejoro la Oxigenación al termino del turno la vía aérea se mantuvo limpia y permeable, logrando que el paciente se encontrara con adecuada saturación y respiración de 28 por minuto, se continuo con oxígeno

suplementario a 2 litros por minuto intermitente con nebulizador logrando así mejorar su patrón ventilatorio auscultándose campos pulmonares con murmullo vesicular en base pulmonar , la Mamá del paciente menciona que a través de los procedimientos realizados a observado que el niño respira mejor y permanece tranquilo durante el turno .El paciente pasa independencia ya que hasta el momento no ha requerido de oxígeno.

PLAN DE INTERVENCIONES EN LA NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

NECESIDAD: Termorregulación	TIPO DE PRIORIDAD: alta
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 21 de octubre 2012	ROL DE ENFERMERÍA: suplencia
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA. 5 ligera transitoria por algunas horas.	FUENTE DE LA DIFICULTAD: No se encontró.

DIAGNOSTICOS: Alteración del bienestar relacionado con aumento de la temperatura corporal 40 °C manifestado por, malestar general, irritabilidad, rubicundez, piel caliente, llenado capilar de 3 segundos.

OBJETIVO El paciente recuperará el bienestar físico por medio de la aplicación de medidas de control de la temperatura corporal en una hora.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTE 1.-Valorar la necesidad de termorregulación cada 30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> Realizar valoración por turno de: Historia de enfermería ▪ Interrogatorio sobre datos subjetivos de que indiquen aumento de la temperatura. ▪ Antecedentes de infecciones recientemente ▪ Fármacos y medidas terapéuticas actuales ▪ El estado nutricional ▪ Ventilación de la habitación del paciente. ▪ Conocimientos de la Mamá del paciente para disminuir la fiebre. ▪ Material de la mayoría de las prendas de Vestir del paciente. Exploración física. Valorar el tipo de ropa que tiene el paciente, si es 	Es importante valorar la temperatura en paciente pediátrico debido a que pequeñas variaciones en la temperatura, ya sea para más o menos, dan lugar a una multitud de síntomas que obligan a la persona a adoptar actitudes para volver a la normalidad y desviaciones algo más importantes obligan a buscar tratamiento

	<p>demasiada y la materia de elaboración.</p> <p>Inspeccionar la piel para detectar los signos de inflamación y deterioro de la integridad tisular</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Buscar signos de infección localizada (tumefacción localizada, rubor localizado, dolor o sensibilidad a la palpación o movimiento, calor evidente en la zona infectada) ▪ Buscar datos de infección sistémica (fiebre, frecuencias cardíaca y respiratoria aumentadas, laxitud, malestar, pérdida de la energía, anorexia, náusea y/o vómito, hipertrofia y dolor a la presión de los ganglios linfáticos, que drenan la zona de infección. <p>Datos de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recuento de leucocitos ▪ Incremento o disminución de: neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos, basófilos. ▪ Velocidad de sedimentación elevada de los eritrocitos, EGO, cultivos. 	<p>médico en forma precoz.(Dr. Herbert Spencer, Departamento de Anestesiología Clínica Las Condes vol. 12 2013)</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>2.-Controlar la fiebre con medios físicos.</p>	<p>Explicar el procedimiento al paciente y al cuidador primario sobre la importancia de colocar medios físicos al paciente.</p> <p>Eliminar el exceso de sábanas y/o ropa de cama</p> <p>Mantener descubierta respetando su individualidad del paciente</p> <p>Evitar corrientes de aire</p> <p>Colocar compresas húmedas por una hora</p> <p>Si no se bañe</p> <p>Tomar la temperatura axilar cada 15 minutos y posteriormente cada 30 minutos, con termómetro digital.</p>	<p>Las intervenciones de enfermería en un cliente que tiene fiebre van encaminadas a ayudar a los procesos fisiológicos normales del cuerpo, proporcionar comodidad y prevenir complicaciones.</p> <p>Kozier, 2002, pág.461</p>

	<p>Observar el color de la piel y su temperatura</p> <p>Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración</p> <p>Vigilar el nivel de consciencia</p> <p>Comprobar los valores de recuentos de leucocitos, Hemoglobina y Hematocrito</p> <p>Controlar ingresos y egresos</p>	<p>El tratamiento de la fiebre reduce la producción de calor, aumenta la pérdida de calor y previene complicaciones.</p> <p>La terapia no farmacológica para la fiebre como baños con agua tibia en tina o con esponja, lienzos húmedos en cabeza y abdomen son métodos utilizados para la pérdida de calor por evaporación, conducción y convección. (Potter P, Fundamentos de Enfermería, Volumen 11pág, 702-703)</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>3.-Control térmico por medios químicos</p>	<p>- Administrar la medicación antipirética prescrita.</p> <p>Paracetamol 25mg en comprimido por (gastrostomía)</p> <p>- Controlar la temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, diuresis y nivel de consciencia.</p> <p>Si la frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura están alteradas avisar al médico.</p>	<p>El ministrar paracetamol en comprimido es importante ya que en jarabe por la glucosa que contiene, puede aumentar la consistencia líquida de las evacuaciones.</p> <p>Paracetamol: El paracetamol (DCI) o acetaminofén es un <u>fármaco</u> con propiedades analgésicas, sin propiedades antiinflamatorias clínicamente significativas. Actúa inhibiendo la síntesis de</p>

		<p><u>prostaglandinas</u>, mediadores celulares responsables de la aparición del <u>dolor</u>. Además, tiene efectos <u>antipiréticos</u>. Se presenta habitualmente en forma de <u>cápsulas</u>, <u>comprimidos</u>, <u>supositorio</u> gotas de administración oral.(paracetamol en www.vademecum.es/medicamento-paracetamol junio 2013)</p>
INDEPENDIENTE 4.-monitorización de signos vitales cada 20'	Controlar la presión sanguínea, pulso, temperatura y respiración cada 20'	Los signos vitales deben ser evaluados en relación con el estado de salud presente y pasado del cliente y comparados con los valores normales aceptados. (Kozier, 2002, p. 457.)
INDEPENDIENTE 5.-Vigilar signos de fiebre cada 30'	<p>Vigilar la presencia de temblores y/o escalofríos</p> <p>Vigilar la presencia de piel pálida y fría debido a la vasoconstricción</p> <p>vigilancia de la sudoración</p>	Los signos clínicos de fiebre varían en relación al estadio. Inicial, de curso y de declinación. (Kozier, 2002, p.460)
INDEPENDIENTE 6.-Mantener confortable al paciente	<p>Proporcionar ropa seca y limpia cuando se haya logrado controlar la fiebre</p> <p>Colocar a en posición cómoda</p>	Las intervenciones de enfermería en un paciente que tiene fiebre van encaminadas a ayudar a los procesos fisiológicos normales del cuerpo, proporcionar

		comodidad y prevenir complicaciones. (Kozier, 2002, p.461)
INDEPENDIENTE 7.-Registro de las intervenciones al termino de las mismas	Registrar los cuidados proporcionados, así como el tiempo de duración del evento de fiebre Registrar eventos adversos de los cuidados.	Las anotaciones deben hacerse después de la valoración, intervención y evaluación de enfermería. (Kozier, 2002, p.197)

EVALUACIÓN

Se realizaron 4 seguimientos de la necesidad de termorregulación para valorar el plan de la necesidad de Termorregulación del 26 al 29 de Octubre de 2012, que se implementó para el control térmico del lactante mayor. Al inicio se tuvo una dependencia grado 5 transitorio el paciente controlo la temperatura a la hora, del inicio de la hipertermia, por medio de las intervenciones de enfermería, la mamá del paciente estuvo en todo momento apoyando al personal de Enfermería en la realización de las intervenciones para el control térmico del paciente se mantiene en una independencia grado 2 durante las valoraciones siguientes.

PLAN DE INTERVENCIONES EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

NECESIDAD: Movimiento y postura	TIPO DE PRIORIDAD: alta
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 20 de octubre 2012	ROL DE ENFERMERÍA: Ayuda
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA. 5 parcial transitoria por varios meses.	FUENTE DE LA DIFICULTAD: Falta de Fuerza y conocimiento

DIAGNOSTICOS: Alteración de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza y tono muscular manifestado por debilidad de cabeza cuello y tronco así como espasticidad de miembros superiores e inferiores escala Denver de 3 a 7 meses, escala Daniels 3/5

OBJETIVO El paciente mejorara la movilidad física mediante la realización de un programa de rehabilitación durante su hospitalización.

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>1. La enfermera junto con el personal de rehabilitación realizara la valoración de movimiento y postura del niño.</p>	<p>Historia clínica de enfermería:</p> <p>Obtención de información del cuidador primario del paciente sobre:</p> <p>Capacidades de la vida diaria durante la hospitalización.</p> <p>Valoración de los factores que influyen en la movilidad: ambientales, problemas de salud, económicos.</p> <p>Cambios recientes en el patrón o dificultades con la movilidad: naturaleza específica del problema, cuando apareció por primera vez, frecuencia, las causas, como afecta en la vida diaria.</p> <p>Exploración física.</p> <p>Valorar Postura</p> <p>Aspecto y movilidad de las articulaciones: inspección, palpación, valoración de los arcos de movimiento activos y movilidad pasiva con especial atención en: articulación temporomandibular, cuello, hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla y tobillo.</p> <p>Capacidad y limitación de movimientos:</p> <p>Cómo la enfermedad del paciente influye sobre su capacidad de moverse y si su salud contraindica algún tipo de ejercicio, posición y movimiento.</p> <p>Causas de impedimento al movimiento como: vía intravenosa,</p> <p>Equilibrio y coordinación</p> <p>Presencia de hipotensión ortostática: la enfermera valora cualquier aumento de la frecuencia del pulso, caída de la presión sanguínea, mareos, visión borrosa</p> <p>Grado de confort Tolerancia a la actividad</p> <p>Forma física: mediciones de pliegues cutáneos, mediciones perímetros, valoración de la fuerza y rendimiento muscular y valoración de la flexibilidad muscular.</p>	<p>La exploración y la historia son fuentes importantes de información sobre las discapacidades que afectan al sistema musculoesquelético, como contracturas, edema, dolor en extremidades o fatiga generalizada que afectan la planificación de las intervenciones de enfermería para este cliente. La revisión de las notas recientes de enfermería también resulta útil.</p> <p>(Kozier, 2002, p. 955)</p>

<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>2. La enfermera junto con el personal de rehabilitación enseñara al cuidador primario a realizar la movilización pasiva y activa de extremidades 1 veces por turno por 10 minutos diario.</p>	<p>Enseñar al cuidado primario a realizar movimientos pasivos y /o activos, para evitar el deterioro articular durante el periodo de hospitalización.</p> <p>Observar las posiciones preferidas del paciente, cuando está en cama, y valoras su posición preferida.</p> <p>Observar la movilidad del paciente, la capacidad para iniciar y ayudar en los cambios de posición.</p> <p>Observar si hay cambios de coloración ó temperatura de la piel</p> <p>Observar la tolerancia del paciente en los cambios de posición.</p> <p>Conservar la piel limpia y seca, sobre todo después de las deposiciones: intestinal y vesical.</p>	<p>El conocimiento de los movimientos y funciones de los movimientos y funciones de los músculos en el mantenimiento de la postura y el movimiento es vital para un desempeño seguro y el mantenimiento de la movilidad tanto para la Enfermera como para el paciente. (Potter 2009)</p>
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>3. La enfermera y el personal de rehabilitación enseñara al cuidador primario a Fomentar ejercicios de extensión al paciente durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>Realizar ejercicios de amplitud de movimientos.</p> <p>Cuello, columna cervical</p> <p>1.Flexión: Lleva al mentón sobre el tórax 45°</p> <p>2.Extensión: Lleva la cabeza hacia atrás todo lo posible 10° de amplitud</p> <p>3.Flexión lateral: Acerca la cabeza lo más posible al hombro 40-45°</p> <p>4.Rotación: Gira la cabeza todo lo posible en movimiento circular 180°</p> <p>Hombro1.Flexión: Eleva el brazo desde su posición inferior hasta sobrepasar la cabeza 170°.</p> <p>2.Extensión: Pone el brazo hacia la parte superior del cuerpo, con el codo recto 45-60°</p> <p>3.Abducción: Levanta el brazo lateralmente hasta sobrepasar la cabeza, con la palma lejos de la cabeza 170-180°</p> <p>4.Aducción: Baja el brazo lateralmente y lo acerca al cuerpo lo más posible</p> <p>Enseñar que hay que comenzar la rutina de ejercicios por grupos de músculos que estén</p>	<p>Las alteraciones de la actividad física pueden ser el resultado de la prescripción de reducción del movimiento en forma de reposo en cama, de la restricción del movimiento por el efecto de aparatos externos, de la disminución voluntaria de movimientos o de una alteración de la función motora o de la esquelética.</p> <p>La movilidad sirve para muchas cosas, como la expresión de una emoción con un gesto no verbal, la autodefensa, la satisfacción de las necesidades básicas y la práctica de las actividades diarias. y recreativas. Muchas funciones del organismo necesitan de la</p>

	<p>menos rígidos o lesionados y cambiar gradualmente los grupos de músculos más limitados.</p> <p>Enseñar a extender lentamente la articulación hasta un punto razonable, manteniendo la extensión durante 10 segundos y posteriormente relajarlo lentamente.</p> <p>Enseñar a evitar movimientos rápidos de fuerza para impedir la estimulación excesiva del reflejo miostático o el dolor muscular excesivo.</p> <p>Realizar demostraciones, para que quede más comprendido.</p>	<p>movilidad para que puedan desarrollarse de manera óptima. Para mantener una movilidad física óptima, los sistemas musculo esqueléticos y nervioso deben estar intactos y ser funcionales.</p> <p>(Potter 2009)</p>
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>4. La enfermera y el personal de rehabilitación</p> <p>Realizara ejercicios pasivos, 2 veces por turno por 10 minutos cada sección.</p>	<p>Vestir al paciente con ropa suelta</p> <p>Utilizar la mecánica corporal al realizar los ejercicios pasivos para evitar tensión muscular y las lesiones, tanto para la enfermera como para el paciente</p> <p>Colocar la cama a un altura adecuada</p> <p>Exponer solo el miembro a ejercitar para evitar exponer la intimidad del paciente</p> <p>Sujetar las extremidades del paciente por encima y por debajo de la articulación según se requiera para evitar tensión o una lesión muscular. Esto también puede realizarse rodeando las articulaciones con la palma de la mano o acunando los miembros en el antebrazo de la enfermera. Si una articulación produce dolor, sujetar la extremidad por las zonas musculares por encima y por debajo de la articulación</p> <p>Al manejar la extremidad, sujetarla de modo firme pero confortable</p> <p>Movilizar las partes del cuerpo suavemente, con lentitud y rítmicamente. Los movimientos desiguales producen molestias y posiblemente lesiones. Los movimientos rápidos pueden producir espasticidad o rigidez</p> <p>Evitar mover o forzar una parte del cuerpo más allá</p>	<p>La realización de ejercicios en forma continua ayuda de manera preventiva en ciertos procesos para: conservar la movilidad; evitar rigideces articulares y limitaciones; evitar retracciones conservando la longitud muscular; evitar anquilosis en posiciones.</p> <p>(Kozier, 2002, p. 955)</p>

	<p>del rango de movilidad existente. Se pueden producir lesiones, dolor o tensión muscular</p> <p>Si se produce espasticidad muscular durante el movimiento, detener el movimiento temporalmente, pero seguir aplicando una presión suave y lenta sobre la zona hasta que los músculos se relajen, después seguir con el movimiento</p> <p>Si hay una contractura, aplicar una presión firme y lenta sin producir dolor, para estirar las fibras musculares</p> <p>Si se produce rigidez, aplicar presión contra la rigidez y continuar el ejercicio lentamente.</p>	
<p>INTERDEPENDIENTE.</p> <p>5. La enfermera y personal de rehabilitación enseñaran al cuidador primario a realizar ejercicios de estimulación temprana una vez al día.</p>	<p>COMO ESTIMULAR</p> <p>Control de la cabeza</p> <p>Con el niño recostado boca abajo, mostrar juguetes, sonajeros, figuras en colores contraste para focalizar su visión y hacer mantenga la cabeza levantada por breves minutos.</p> <p>Posteriormente se realizan ejercicios de control cefálico: Movimiento de la cabeza en 90° y 180°.</p> <p>Rodar</p> <p>Colocar al niño de espaldas en una superficie firme y estímulo a que voltee su cabeza hacia un lado, luego ayúdelo a levantar el brazo y a doblar la pierna contraria ayudándolo del hombro para completar el movimiento.</p> <p>Rotación.</p> <p>Siente al niño en una superficie firme, dale apoyo en las caderas, ayúdelo a que se apoye hacia el frente sobre sus manos.</p> <p>Sentarse</p>	<p>La estimulación temprana se basa en conocer como se forma la estructura del cerebro, para estimular y fortalecer cada una de sus etapas, crear una estructura cerebral, sana y fuerte, tanto física Como intelectualmente.</p> <p>Y se habla de “temprana” porque se realiza en los primeros 5 años de vida de los niños, que es el período donde el cerebro crece hasta su tamaño estándar. (Vides Katia Año 4 No9 Mayo 25 2007 www.uca.edu.sv/virtual/comunica/)</p>

	<p>Colóquelo sobre el asiento para bebés, por breves minutos y bríndele algunos juguetes o un tablero de actividades para que poco a poco adopte esta posición.</p> <p>Gatear</p> <p>Con el niño sentado, ayúdelo a que apoye las manos hacia adelante, doble las rodillas y dirija los pies hacia atrás, quedará apoyado en posición de gateo. También puede hacer esto sobre una pelota o un rodillo para gateo y balancear al niño suavemente.</p> <p>Caminar</p> <p>Párelo sobre un piso con textura que favorezca la caminata, cuide que la espalda esté recta. El niño caminará fácilmente con los brazos extendidos al frente y apoyándose en los brazos de la madre o sobre un material resistente.</p>	
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>6. Realizar movimientos para la relajación de los músculos cada 6 horas.</p>	<p>Colocar algún tipo de soporte en la parte posterior de las piernas dando apoyo al arco de movimiento de las rodillas y pantorrillas por medio de almohadas, cojines, sábanas, cobijas, etc.</p> <p>Relajación muscular progresiva: (Gruesa)</p> <p>Dividir el cuerpo en 4 partes imaginarias que tendrán que ser tensadas o hacer fuerza (sentirlas duras) y después relajarlas (sentirlas flojitas):</p> <p>Los pies y las piernas</p> <p>1er. Ejercicio: Encoger los dedos como si quisiera tomar algo con ellos, ejerciendo toda la fuerza que pueda, 1, 2, 3, 4, 5, regresar a la posición normal (repetir 5 veces)</p> <p>2do. Ejercicio: En sentido contrario poner los dedos como si quisiera alcanzar el techo, 1, 2, 3, 4, 5, regresar a la posición normal (repetir 5 veces)</p> <p>3er ejercicio: Levantar la pierna izquierda con la</p>	<p>La relajación es el conjunto de técnicas para disminuir el tono muscular excesivo y proporcionar una distensión física y mental aumentando la energía de nuestro organismo para afrontar nuestra actividad de una forma óptima. No se trata simplemente del mero reposo sino de una disminución de la tensión excesiva que nos va a facilitar actuar de forma serena y con energía utilizando el tono muscular apropiado a cada actividad. De tal forma practicando ejercicios de relajación podremos afrontar</p>

	<p>punta hacia arriba y con su mano tocar el muslo y la pierna para sentir lo dura que esta, si no es así tensarla más, en esta posición elevar los dedos de los pies, contar, 1, 2, 3, 4, 5, y bajar lentamente la pierna (repetir 5 veces)</p> <p>4to ejercicio: repetir ahora con la pierna derecha</p> <p>5to. Ejercicio: Al terminar las repeticiones en ambas piernas colocar las manos al costado de las piernas y balancearlas a ambos lados tocando suavemente rodilla con rodilla</p> <p>El tronco (incluye abdomen, glúteos, pecho y espalda)</p> <p>Tomar un poco de aire por la nariz y llevarlo al abdomen y pecho poniéndolo lo más duro que pueda sosteniendo con fuerza 1, 2, 3, 4, 5, soltarlo suavemente (repetiendo 2 veces)</p> <p>Con la cabeza derecha y tensar la espalda lo más posible sosteniendo 1, 2, 3, 4, 5, relajarse y repetir 2 veces.</p> <p>Los glúteos apretarlos lo que más pueda (se tiene que notar como al apretarlos se mueve hacia arriba todo el cuerpo) mantenerlo así 1, 2, 3, 4, 5, relajarse y repetir 2 veces</p> <p>Repetir toda la rutina 5 veces más</p> <p>Manos y brazos</p> <p>Sentir los dedos y preguntar cómo se sienten</p> <p>Levantar los brazos a la altura del hombro y tocar el bíceps y preguntar cómo se siente repetir en el brazo contrario</p> <p>Cerrar muy fuerte ambas manos y contar 1, 2, 3, 4, 5, y abrirlas lentamente (repetir 3 veces)</p> <p>Volver a cerrar las manos pero estirando los brazos hacia adelante a la altura del hombro y ponerlos tan duro como pueda contar 1, 2, 3, 4, 5, aflojarlos mientras las pone en sus piernas (repetir 5 veces)</p> <p>Repetir toda la rutina 5 veces.</p>	<p>las exigencias de la vida diaria sin agotar nuestra energía mejorando el control sobre las situaciones diarias a las que nos enfrentamos estén relacionadas con la práctica deportiva o no. La mente despejada y el cuerpo en disposición óptima para actuar con eficacia.(Lorenzo Caminero Flaviano en coordinación motriz ,Revista digital Buenos Aires Año 10 – No 93 Febrero 2006 en www.efdeportes.com/efd93/coo rdhtm)</p>
--	---	--

	<p>Cuello y cara</p> <p>Cerrar los ojos y apretarlos fuertemente 1, 2, 3, y regresar a la posición original (repetir 5 veces)</p> <p>Arrugar la nariz, 1, 2, 3, y regresar a la posición original (repetir 5 veces)</p> <p>Hacer una sonrisa exagerada y subir la comisura de los labios 1, 2, 3, relajar (repetir 5 veces)</p> <p>Hacer una cara triste bajando las comisuras de los labios 1, 2, 3, relajar (repetir 5 veces)</p> <p>Colocar el cuello derecho y con la mirada al frente y con su mano izquierda girar la cabeza hacia la derecha haciendo fuerza con la mano y no permitiendo que la cabeza regrese a su lugar original, 1, 2, 3, repetir el ejercicio del lado contrario (repetir 5 veces)</p> <p>Relajación en posición horizontal (El soldado de plomo)</p> <p>Poner las manos a los costados, piernas juntas y bien estiradas, espalda recta, cuello derecho, cabeza derecha mirando al frente (posición de firmes)</p> <p>Imaginar que poco a poco se convierte en un soldado de plomo y va a poner todo el cuerpo tenso, muy duro, lo más que pueda 1, 2, 3, 4, 5, Después imaginarse que poco a poco se convierte en un hombre de chicle y va a relajar todo el cuerpo poniéndolo flojito 1, 2, 3, 4, 5,</p> <p>Terminado los ejercicios inhalar por la nariz tranquilamente todo el aire que pueda y llevara al abdomen contando mentalmente 1, 2, 3, y exhalar lentamente contando mentalmente 1, 2, 3,</p> <p>Repetir el ejercicio completo 5 veces o hasta que se sienta relajado.</p>	
--	--	--

EVALUACIÓN

Se realizaron seguimientos de la necesidad de movimiento y postura para valorar el grado de dependencia – independencia de Noviembre 2012 a junio 2013 observándose los siguientes logros, se liberó las manos empuñadas, se mejoró la rotación del paciente y se disminuyó la espasticidad de miembros torácicos, sostener la cabeza, sentarse y actualmente se sostiene y da sus primeros pasos con ayuda.

PLAN DE INTERVENCIONES EN NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

NECESIDAD :DESCANSO Y SUEÑO	ROL DE ENFERMERÍA Compañera
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 5 de noviembre 2012	TIPÓ DE PRIORIDAD: Alta
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: 3 ligera transitoria por varios días.	FUENTE DE LA DIFICULTAD: Falta de conocimiento

DIAGNOSTICOS alteración de la Necesidad de Descanso y sueño relacionado con entorno hospitalario (ruido y procedimientos) manifestado por ojeras, fatiga, ojos cansados.

OBJETIVO El paciente dormirá de 10 a 12 horas diarias mediante la disminución los estímulos que alteran el patrón del sueño diariamente.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTACION
INDEPENDIENTE 1.El profesional de Enfermería debe valorar la necesidad de descanso y sueño cada 24 horas	Valorar las horas de sueño nocturno Observar: -Hora de acostarse y hora de levantarse. Si se despierta, durante la noche. VALORAR , Si duerme durante el día y cuánto tiempo Problemas de sueño Observar: -Si le cuesta o tarda en dormirse. -Si se despierta por la noche.	La valoración del sueño- descanso se realiza con la finalidad de describir la efectividad del patrón del sueño del lactante durante la noche y realizar ajustes de las técnicas y procedimientos establecidos para mejorar la calidad y eficacia del mismo. (Latorre

	-Si se despierta temprano y le cuesta conciliar de nuevo el sueño. - Sí aparecen signos de sueño durante el día.	Fernández Isabel ,Revista de enfermería de la universidad de Almena N°206 junio 2012 www.uclm.es/.../patron%20funcional%20sueño%20descanso.doc)
<u>INDEPENDIENTE</u> 2. Mejorar el ambiente hospitalario para favorecer el descanso y sueño.	La enfermera debe mantener un ambiente confortable. a. Limitar las visitas. b. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. c. Determinar las fuentes de incomodidad (posición incómoda, ropa arrugada). d. Proporcionar un area limpia. e. Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona. f. Ajustar la luz, evitando que esta de directamente a los ojos de la paciente. Colocar a la paciente en forma que facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal)	El niño necesita para el descanso de un lugar adecuado, tranquilo, seguro y bien ventilado. Los dormitorios dependen del número de niños y de la edad que tengan, ya que cada edad tiene sus propias necesidades de sueño. Las camas y cunas se elegirán de acuerdo con la edad cada niño. (Bejarano González Fátima “ cuadernos de educación y desarrollo) Vol. 1 ,Núm. 4 junio2009 en www.eumed.net/rev/ced/04/fbg2.ht
<u>INDEPENDIENTE</u> 3. Establecer una rutina de apoyo para mejorar el sueño.	a. Dormir al paciente a las 21 horas, colocarle su pijama y pañal y dejarlo en su cuna para dormir b. Colocarle su crema relajadora, proporcionarle su almohada preferida para dormir. c. Cantar su canción preferida de cuna (a la ro ro niño) d. Sugerir siesta durante el día de 30 minutos a una hora alrededor de las 12 horas del día para cumplir con las necesidades de sueño.	La rutina para dormir los niños, tiene que ser algo flexible y que te sientas cómoda con ella, ya que si te funciona tendrás que hacerla durante mucho tiempo. Una de las mayores ventajas que tiene establecer una rutina para dormir es que el niño sabe lo que se espera de él. Si una noche se le lleva a la cama y se le deja solo, otra se le lee un cuento y otra ve la televisión, terminará desconcertado. En cada hogar se establecen diferentes rituales en lo que al

		acostarse se refiere, rituales que a menudo responden a los recuerdos que los padres guardan de su propia infancia.
<u>INDEPENDIENTE</u>		
4. La enfermera realizará y enseñará técnicas de relajación en el niño diariamente antes de la hora del sueño del niño	<p>a. Reducir y eliminar los estímulos los sonidos de los monitores y las bombas de infusión así como las luces de su unidad. Crean ansiedad.</p> <p>b. Estimulación táctil(masajes en forma gentil, besos , abrazos, presión palmar)</p> <p>c. Estimulación visual (aproximación de rostro de la madre, objetos)</p> <p>d. Cuidado del macro ambiente (luces, ruidos, temperatura)</p> <p>e. Acariciar la frente a la paciente ya que le gusta.</p> <p>f. Permitir que la Mamá del paciente lo acaricie y cante ya que su presencia pueda ayudarlo a conciliar el sueño.</p> <p>g. Colocar en forma segura en su cama con barandales arriba.</p> <p>h. Permanecer con el paciente.</p> <p>i. Frotar la espalda.</p>	<p>La relajación ayuda a reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad. El evitar en la medida de lo posible los estímulos auditivos y visuales (poco ruido y poca luz).</p> <p>Las condiciones del lugar donde se duerme tiene que cumplir unos requisitos mínimos:</p> <p>Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores per turbantes. Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.</p> <p>Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue. FUENTE: (Pleux Didier en <magazine Le cerclepsy N°2 sep. – nov 2011 en http://www.psicocarea.org/acobson.htm</p>
<u>INTERDEPENDIENTE</u>		
5. El profesional de Enfermería brindara y enseñara al cuidador primario el masaje que se debe de dar al paciente antes de dormir para favorecer el descanso y sueño.	<p>a. Determinar si hay contraindicaciones como disminución de plaquetas, disminución de la integridad de la piel trombosis venosa profunda e hipersensibilidad al contacto.</p> <p>b. Determinar el grado de alivio psicológico de la paciente con el contacto manual.</p>	<p>La enseñanza del masaje al cuidador primario favorecer el desarrollo del vínculo madre-hijo aunque en la actualidad es común ver a los papás masajear a sus bebés y relacionarse estrechamente con ellos.</p> <p>A través de esta técnica él bebe se</p>

	<p>c. Seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de manejarse.</p> <p>d. Preparar un ambiente cálido, cómodo y sin distracciones.</p> <p>e. Colocar a la paciente en una posición que facilite el masaje.</p> <p>f. Masajear con movimientos continuos uniformes y rítmicos.</p> <p>g. Masajear las manos o los pies si las otras zonas no son convenientes y si resulta más cómodo para la paciente.</p>	<p>siente contento y querido ya que es una terapia agradable y placentera, no invasiva, donde se le otorga seguridad y serenidad.</p> <p>(Guiainfantil.com es la web líder en audiencia en la categoría Familia y Estilo de Vida. Datos auditados por OJD.</p> <p>Polegar Medios S.L. © 2000-2013</p> <p>En http://www.guiainfantil.com/servicios/Masajes/indice.htm)</p>
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>6. El profesional de Enfermería debe utilizar la musicoterapia como alternativa de relajación una vez a la semana.</p>	<p>a. Determinar la música que funciona como relajante para mejorar el sueño (Beethoven música <i>para dormir</i>, sonata nº8".)</p> <p>b. Informar a la paciente y al familiar del propósito de la experiencia musical.</p> <p>c. Elegir selecciones de música particularmente representativas (Beethoven música <i>para dormir</i>, sonata nº8".)</p> <p>d. Asegurarse de que el volumen es adecuado pero no demasiado alto.</p> <p>e. Evitar dejar la música puesta durante periodos largos.</p>	<p>La musicoterapia utilizada como técnica de relajación es una formula muy beneficiosa para la prevención de alteraciones neurológicas favoreciendo el descanso.</p> <p>(Autor/es Sánchez-Sosa, Revista: Salud Mental Año: 2003 Volumen: 26 Número: 4 Páginas: 47-58 ISSN: 0185-3325</p> <p>http://www.amdem.org/SERVICIOS/musico%20terapia/Musicoterapia.html junio 2013.)</p>

EVALUACIÓN

Se realizaron seguimientos de la necesidad de Descanso y sueño en las fechas 5,8,9,10 y 11 de Noviembre 2012 y enero – junio 2013 para valorar el plan de la necesidad de descanso y sueño que se implementó, el paciente respondió de manera favorable ante el plan que se le proporciono para que mejorara la calidad de las horas de sueño al término de una semana el paciente lograba conciliar el sueño de manera gradual, se eliminaron los estímulos externos y el personal de Enfermería participo con la Mamá para el logro del objetivo, paso de una dependencia 4 transitoria por semanas a una independencia total en la Necesidad de descanso y sueño, se observa al paciente menos irritado durante el día, con semblante alegre y ojos brillantes.

PLAN DE INTERVENCIONES EN LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y APRENDIZAJE

NECESIDAD: COMUNICACIÓN Y APRENDIZAJE	TIPÓ DE PRIORIDAD: Baja
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 5 DE NOVIEMBRE2012	ROL DE ENFERMERÍA: Ayuda
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: 4 crónica de algunos meses.	FUENTE DE LA DIFICULTAD: Falta de Conocimiento.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Alteración de la necesidad de comunicación relacionada con falta de conocimiento del cuidador primario para estimular su hijo manifestado balbuceo y no decir palabras como mamá, papá según escala Denver se encuentra en 3 meses.

OBJETIVO: El paciente mejorara la comunicación y el aprendizaje a través de la enseñanza de un programa de estimulación temprana por el personal de enfermería y el cuidador primario en un periodo de 6 meses.

Intervenciones.	Acciones	Fundamentación
INDEPENDIENTE 1. El profesional de Enfermería debe valorar la necesidad de comunicación 1 vez cada semana durante un mes. Posteriormente se continuará con valoraciones de 1 vez al mes y/o según se requiera.	Valorar a través de la: Interrogación o/y entrevista Comunicación no verbal. Comunicación simbólica.	“ El proceso de la comunicación es una vía esencial del desarrollo de la personalidad ,que tiene su especificidad con relación a la realidad objetar concreta, tanto por sus características como por la forma del hombre se incluya en calidad de sujeto en uno u otro proceso , la significación de la comunicación depende de las características de los sujetos implicados en ella, una vez , las características de los sujetos determinan el proceso de comunicación “ (Fernández González Ana Maria ,Comunicación , ;Manual para el maestro folleto s/e Habana 1996).

<p>INDEPENDIENTE</p> <p>2. Motivar familiar como enseñar al paciente a que emita sonidos.</p>	<p>Solicitar la ayuda del familiar en la comprensión del lenguaje del paciente.</p> <p>Permitir que la paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia.</p> <p>Dar una orden simple cada vez.</p> <p>Escuchar con atención las palabras o sonidos emitidos por la paciente.</p> <p>Utilizar frases cortas y simples.</p> <p>Abstenerse de gritar al paciente.</p> <p>Abstenerse de bajar la voz al final de una frase.</p> <p>Estar de pie adelante del paciente al hablar.</p> <p>Utilizar cartones con dibujos.</p> <p>Animar al paciente a que repita palabras.</p> <p>Sugerir dar continuidad al tratamiento con un especialista de lenguaje</p>	<p>Se pueden llevar a cabo actividades sistemáticas para mejorar motivación al familiar para que le enseñe el habla del paciente, éste ganará confianza en sí mismo y hará cada vez más intentos para hablar mejor. (Carpenito 2005).</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Estimulación temprana</p>	<p>Observar si hay sonrisa ,llanto o movimientos al momento de la estimulación auditiva</p> <p>Interactuar con el paciente y animar al familiar a la interacción con el niño</p> <p>Acostarlo de espalda y levantarlo sentarlo suavemente tomándolo de las manos</p> <p>Colocar objetos a los lados para que gire la cabeza, cantarle canciones de cuna para que desarrolle el lenguaje.</p> <p>Proporcionarles juguetes que produzcan sonidos y observar su reacción</p> <p>Cambiarlo de posición y ayudarlo a la movilización</p> <p>Pasarle objetos de texturas diferentes de los dedos hacia la muñeca para desarrollar el sentido del tacto.</p>	<p>Estimulación temprana induce a la adaptación del paciente ,se produce cuando se es capaz de ejecutar comportamientos de comunicación efectivos (Kozier, 1993)</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Apoyo al cuidador primario</p>	<p>Determinar el nivel de conocimientos del cuidador primario</p> <p>Determinar la aceptación del cuidador</p>	<p>El contacto frecuente es un componente importante en la realización familiar</p>

	primario su papel Admitir las dificultades del rol del cuidador primario Apoyar las decisiones que tome el cuidador primario	(Nordmark/Rohweder , 2008)
--	--	-----------------------------

EVALUACIÓN

Se realizaron seguimientos de la necesidad de Comunicación las fechas 20 de Noviembre , diciembre , enero a junio 2012, para valorar el plan de la necesidad de Comunicación que se implementó, la Mamá y los familiares del paciente lograron escuchar palabras como mamá , papá , agua para la satisfacción de las necesidades básicas, el paciente se encuentra en proceso de aprendizaje donde con ayuda de la madre está aprendiendo a comunicarse mediante palabras, las pláticas del paciente con su Mamá, familiares y profesional de enfermería es en un periodo corto ya que el interés del paciente en la comunicación es casi nulo. El paciente permanece en una dependencia 4 crónicas de algunos meses.

PLAN DE INTERVENCIONES EN LA NECESIDAD DE RECREACIÓN

NECESIDAD: RECREACIÓN	TIPÓ DE PRIORIDAD: Baja prioridad
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 19 de octubre 2012	ROL DE ENFERMERÍA: Ayuda
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA. Dependencia ligera 3 transitoria por varias semanas.	FUENTE DE LA DIFICULTAD: Falta de conocimiento.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración en la necesidad de recreación relacionada con entorno desprovisto de juguetes acordes para la edad manifestado por desinterés del paciente de jugar con los juguetes que tiene en su cuna.

OBJETIVO. El paciente recuperara la independencia en la necesidad de recreación al realizar actividades con juguetes acordes a su edad durante su hospitalización.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTE Recrear al paciente	Proporcionar juguetes al niño de acuerdo a su edad. Orientar a la mamá sobre los juguetes que se le pueden dar al niño (con diferentes texturas) Cuidar que los juguetes no tengan piezas pequeñas Utilizar juguetes con colores llamativos	El juego es una etapa pediátrica importante que estimula los sentidos del niño y con esto Logrando una mejor percepción de vida futura. Así mismo un desarrollo psicomotor en etapas (Nordmark/Rohweder 2008)
INDEPENDIENTE Proporcionar un entorno viable	Colocar un móvil sobre su cama Proporcionar cobijitas coloridas Promover un ambiente tranquilo	Las estrategias creativas para variar el ambiente ayudan a evitar aburrimiento (Carpenito , 1993)
INDEPENDIENTE Terapia con juegos	-Disponer de un ambiente tranquilo libre de interrupciones Dar tiempo suficiente para permitir el juego suficiente , proporcionar , sonajas , figuras de plástico de colores llamativos efectuar sonidos Permitir que el lactante mayor manipule los juguetes Observar como manipula los juguetes el lactante mayor	El juego es uno de los aspectos más importantes de la vida infantil y una herramienta más importante para tratar el estrés (Riopelle, 1990)

EVALUACIÓN

Se realizaron 3 seguimientos en las fechas 20, 21 y 22 de octubre del plan de atención de la necesidad de recreación donde se observó que la Mamá del paciente adquirió nuevos juguetes para el paciente acorde a la edad y se cubrió el entorno del paciente con juguetes, cubos y muñecos musicales seguros para el paciente, desafortunadamente pese a todas las intervenciones que se realizaron el paciente se mantuvo en dependencia ligera 3 transitoria por varias semanas, ya que por el retraso del desarrollo que tiene no se logró que el paciente jugara con sus juguetes acorde a la edad.

PLAN DE INTERVENCIONES EN LA NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

NECESIDAD: seguridad y protección	TIPO DE PRIORIDAD: Baja
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 5 DE NOVIEMBRE 2012	ROL DE ENFERMERÍA: Ayuda
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia 3 transitoria de algunos meses.	FUENTE DE LA DIFICULTADA: Falta de conocimiento.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA .Riesgo de infección sistémica y/o local relacionada con procedimientos invasivos (catéter venoso central y gastrostomía)

OBJETIVO: El paciente no presentara infección mediante la implementación de medidas específicas de prevención durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN	ACCION	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTE 1.Realizar valoración de la necesidad de seguridad y protección una vez por turno.	<p>Realizar valoración por turno de: Historia de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interrogatorio sobre datos subjetivos de que indiquen una infección (pérdida de energía, pérdida del apetito, náuseas, cefaleas, o signos relacionado con sistemas corporales específicos) ▪ Antecedentes de infecciones recientes ▪ Fármacos y medidas terapéuticas actuales ▪ Estresores emocionales actuales ▪ El estado nutricional <p>Datos físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auscultar los pulmones e inspeccionar la orina, el esputo y cualquier otro drenaje para detectar alteraciones del color y de la consistencia ▪ Inspeccionar la piel para detectar los signos de inflamación y deterioro de la integridad tisular ▪ Buscar signos de infección localizada (tumefacción localizada, rubor localizado, dolor o sensibilidad ala palpación o movimiento, calor evidente en la zona infectada) ▪ Buscar datos de infección sistémica (fiebre, frecuencias cardíaca y respiratoria aumentadas, laxitud, malestar, perdida de la energía, anorexia, nausea y/o vómito, hipertrofia y dolor a la presión de los ganglios linfáticos, que drenan la zona de infección. <p>Datos de laboratorio</p>	<p>Mientras la enfermera hace la historia de enfermería, la enfermera valora a) el grado de riesgo de un cliente de desarrollar una infección b) cualquier manifestación que sugiere la presencia de una infección. (Kozier, 2002, p. 716)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recuento de leucocitos ▪ Incremento o disminución de: neutrofilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos, basófilos. ▪ Velocidad de sedimentación elevada de los eritrocitos ▪ EGO, cultivos 	
<p>(INDEPENDIENTE)</p> <p>2. Realizar curación de catéter Arrow, con técnica estéril cada 7 días.</p>	<p>Lavado de manos antes y después de tocar al paciente o realizar algún tipo de procedimiento</p> <p>Material y equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cubrebocas ▪ Guantes estériles ▪ Alcohol etílico al 70% ▪ Gasas estériles medianas (6 piezas), chicas (3 piezas) ▪ Iodopovilona solución ▪ Aplicadores (3 piezas) ▪ Apósito adhesivo transparente ▪ Tijeras ▪ Torundas de alcohol ▪ Riñón estéril ▪ Preparación física y psicológica ▪ Colocarse y colocar cubrebocas ▪ Lavado de manos ▪ Remover la curación anterior con alcohol ▪ Observar algún cambio importante como es: coloración, aspecto de la piel, evidencia de sangrado o datos de infección (secreción purulenta) ▪ Abrir equipo ▪ Calzarse el guante con la mano diestra ▪ Humedecer las y realizar asepsia y antisepsia, tres tiempos con alcohol y tres tiempos con Iodopovilona del punto de inserción a la periferia con movimientos rotatorios ▪ Colocar una gasa seca en el sitio de inserción por un minuto (para que áctue la Iodopovilona) ▪ Colocar gasa en el sitio de inserción en caso necesario ▪ Colocar el apósito adhesivo, ponerle fecha de curación y nombre de la persona que efectuó el procedimiento ▪ Dejar cómodo al paciente 	<p>La curación del catéter es muy importante, con este procedimiento evitaremos una infección que es una de las complicaciones más frecuentes que se pueden presentar por portar este dispositivo (Téllez Miranda Odilia “ curación de catéter “INCAN 15/02/2012 en http://www.incan.salud.gob.mx/contento/medicos/direccion/infoparaelpaciente.html)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retirarse y desechar cubrebocas ▪ Lavado de manos ▪ Registrar procedimiento en la hoja de enfermería. 	
<p>(INDEPENDIENTE)</p> <p>3. Realizar medidas preventivas para el control de infecciones en el área hospitalaria durante el periodo que el paciente se encuentre con riesgo de infección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado higiénico de manos antes y después del contacto con el niño o sus pertenencias. • Lavado de manos y utilización de medidas asépticas previas a la manipulación de catéteres centrales y procedimientos que así lo requieran. • Respetar la restricción de visitas si la situación lo requiere, evitando el contacto con personas afectadas por algún proceso infeccioso o que hayan sido vacunadas recientemente con vacunas de virus vivos o atenuados. • Revisión, control y cuidados de los puntos de inserción, luces y conexiones de catéteres según protocolo del centro, así como de posibles lesiones susceptibles de infección. • Extremar las medidas de higiene del paciente utilizando agua tratada y jabón antiséptico, prestando especial atención a zonas de riesgo. • Uso individualizado de material como el termómetro, manguito de TA, Oxímetro 	<p>La infección es un riesgo potencial que adquiere especial importancia en estos pacientes debido a los periodos de alteración de la barrera primaria de protección derivados del tratamiento médico. La actuación de enfermería será esencial en la prevención y control de la misma.</p> <p>(Mónica Palacio Marco, Cuidados al niño oncológico. Barcelona. España Cap. 158)</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Cuidados de la piel del área periestomal (gastrostomía)</p>	<p>Fomentar la participación del familiar en el cuidado a la piel.</p> <p>observar diariamente el estoma en busca de : irritación, inflamación, secreción o zona enrojecida o dolorosa.</p> <p>Limpiar con agua y jabón con movimientos circulares sin apretar.</p> <p>Aplicar solución antiséptica. A partir de la 3 semana sólo agua y jabón.</p> <p>Evitar tapar con apósito (sólo riesgo de extracción).</p> <p>No colocar apósito debajo del soporte externo salvo excesivo reflujo gástrico o supuración. Si la estoma no presenta irritación se</p>	<p>La realización de la curación y cuidado a la piel del área periestomal se realiza diario cura los primeros 15 días, dos</p>

	<p>recomienda una ducha en una semana.</p> <p>Explicar al familiar que no se deben de utilizar cremas sobre la piel del área periestomal.</p> <p>Explicar al familiar que el agua oxigenada es irritante y no debe de ser utilizada.</p> 	<p>veces por semana a partir de la tercera y con más frecuencia si hay irritación, comprobando diariamente que no haya signos de irritación cutánea, inflamación o secreción gástrica alrededor de la estoma. Levantaremos suavemente el soporte externo, con cuidado y sin tirones, para limpiar la zona de la estoma con una gasa y agua tibia, con movimientos circulares de adentro hacia afuera. Los primeros días se pinta la zona con un bastoncito de algodón y antiséptico y se coloca una gasa debajo del soporte externo para evitar roces y decúbitos.</p>
--	---	--

		<p>Posteriormente se puede proteger la piel con crema hidratante o con pasta lassar, para el cuidado de la piel. (león Suarez Priscila jornadas de enfermería 2012</p> <p>www.scpd.info/documentos/XXVII.../colostomias_ileo stomias)</p>
<p>INTERDEPENDIENTE Cuidados de sonda de gastrostomía</p>	<p>Limpiar diariamente la parte externa de la sonda (agua y jabón neutro). Girar diariamente la sonda para evitar que quede adherida a la piel. Comprobar la posición correcta de la sonda antes de cada toma (graduación en centímetros). Infundir 3ml de agua tras cada toma o administración de medicamentos para evitar obstrucción.</p> <p>No pellizcar ni pinchar la sonda. Si la sonda es de balón, comprobar el volumen del balón a través de la entrada lateral cada semana. Si la sonda se deteriora, proceder a su sustitución en el centro de referencia.</p>	<p>Los cuidados habituales de la GTT deben ser conocidos no sólo por el médico tratante, sino también por la cuidadora del niño, que generalmente es la madre; si se la capacita en forma adecuada disminuirá notablemente la necesidad de acudir a centros de salud por complicaciones de la GTT (Pimstein M. Care of children and adolescentswiths</p>

		pecialhealthcare eeds: gastrostomy. Medwave 2009 Dic;9(12):4311 doi: 10.5867/medwav e.2009.12.4311 Fecha de publicación: 1/12/2009)
--	--	---

EVALUACIÓN

Se realizaron seguimientos de la necesidad de seguridad y protección en las fechas 8, 9 y 10 de Noviembre 2012 , enero a junio 2013 , para valorar el plan de la necesidad de seguridad y protección que se implementó, el paciente respondió de manera favorable ante el plan que se le proporciono para la prevención de infecciones hospitalarias, el personal de Enfermería participo en la realización de procedimientos la piel del área periestomal y el sitio de inserción del catéter se mantuvo sin datos de infección posteriormente le retiraron el catéter . Los familiares que visitaron al colaboraron en la realización de lavado de manos para evitar infecciones nosocomiales, se reforzaron los conocimientos de la Familia del paciente con respecto a las medidas de precaución para evitar infecciones nosocomiales, paso de una dependencia 3 transitoria de algunos meses a una Independencia 2.

PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

NECESIDAD: Eliminación	INDEPENDENCIA TIPO DE PRIORIDAD: alta
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 18 de noviembre 2012	ROL DE ENFERMERÍA: Ayuda
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDENCIA 1	FUENTE DE LA DIFICULTAD: Falta de fuerza

DIAGNOSTICO: riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C pérdida por evacuación

OBJETIVO: El niño no presentara desequilibrio hidroeléctrico al aplicar medidas de prevención por el equipo multidisciplinario el tiempo que se encuentre hospitalizado.

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>1. Valoración de la necesidad de eliminación.</p>	<p>Determinar los patrones de eliminación del lactante.</p> <p>Cambios recientes en los patrones de excreción dependiendo de la alimentación.</p> <p>Valorar los cambios de eliminación si aumenta o disminuye con la administración de medicamentos.</p> <p>Exploración del abdomen</p> <p>Escuchar la peristasis intestinal.</p> <p>Valoración de genitales masculinos.</p>	<p>La historia enfermera proporciona una revisión del patrón habitual de eliminación y de los hábitos del paciente. Se toma en cuenta que es lo que el cliente o en este caso el familiar describe como una eliminación normal o anormal. El identificar los patrones normales y anormales de los hábitos y de la percepción, que tiene la familia, de la normalidad o alteración en relación a la eliminación intestinal, permite a la enfermera determinar los problemas del cliente. (Potter P, Fundamentos de Enfermería, Volumen IV pág., 1474-1475)</p>
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>Manejo de líquidos y electrolitos</p>	<p>.Control de ingresos y egresos</p> <p>.Informar cualquier aumento de ingresos ,ya que pueden condicionar a una deshidratación</p> <p>-Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos, lo que incluirán aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca, palidez de tegumentos.</p> <p>- Vigilar la presencia de signos y síntomas cutáneos</p>	<p>Garantizar el control exacto de lo que ingresa y egresa con la intención de vigilar un equilibrio hidroelectrolítico</p> <p>(Esperanza Guasca Caicedo, Enf Clínica de Urgencias M. y T. Gutt Fundación Santa Fe de Bogotá, urgencias sociedad medico quirúrgicas 2008 en www.fepafem.org.ve/guias</p>

	<p>sugestivos de deshidratación, lo que comprende coloración grisácea, sequedad, escasa turgencia de la piel.</p> <p>-Enseñar al cuidador primario a valorar la turgencia de la piel y las membranas de la mucosas en cada turno</p> <p>- Revisar las pruebas de laboratorio (hemoglobina, hematocrito, BUN, Densidad urinaria).</p>)
Balance hídrico	<p>Concepto</p> <p>Es la relación cuantificada de los ingresos y egresos de líquidos, que ocurren en el organismo en un tiempo específico, incluyendo pérdidas insensibles.</p> <p>Equipo</p> <p>Hoja de control de líquidos conteniendo los siguientes datos:</p> <p>Nombre del paciente.</p> <p>Fecha y hora de inicio del balance.</p> <p>Sección de ingresos que especifica la vía oral y parenteral.</p> <p>Sección de egresos que permite el registro de Los valores de pH son importantes para detectar el balance hidroelectrolítico. orina, heces, vómitos, drenajes, etc.</p>	<p>Controlar los aportes y pérdidas de líquidos en el paciente, durante un tiempo determinado, para contribuir al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico Planear en forma exacta el aporte hídrico que reemplace las pérdidas basales, previas y actuales del organismo.(Bejomil publicado el18/10/2012 en www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enf_manual/4-1_7htm)</p>

	<p>Columna para totales de ingresos, egresos y balance parcial por turno.</p> <p>Espacio para balance total de 24 horas.</p> <p>Probeta o recipiente graduados para la cuantificación de los egresos.</p> <p>Recipientes para alimentación graduados.</p> <p>Báscula.</p> <p>Guantes desechables.</p> <p>Procedimiento</p> <p>Identificar al paciente y corroborar en el expediente clínico y en el kardex la indicación.</p> <p>En caso del lactante, instruir al familiar sobre este procedimiento para no omitir ninguna ingesta o excreta.</p> <p>Pesar al paciente al iniciar el balance y diariamente a la misma hora.</p> <p>Cuantificar y registrar la cantidad de líquidos que ingresan al paciente, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Líquidos ingeridos (gastrostomía). - Líquidos intravenosos. - Soluciones. - Sangre y sus derivados. - NPT. - Medicamentos administrados, sobre todo al diluirlos. 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación por sonda (solución para irrigarla). - Evacuaciones. - Vómitos. - Hemorragias. - Pérdidas insensibles. <p>Niños menores de 10 kg Peso X4+7/100</p> <p>En caso de niños colocar bolsa colectora, si no es posible, pesar el pañal.</p> <p>.</p> <p>Una vez finalizado cada turno, sumar las cantidades y anotar los totales del turno.</p> <p>Calcular pérdidas insensibles</p> <p>Registrar en cada turno y durante las 24 horas los totales de volúmenes de líquidos administrados y excretados del paciente. Anexar los datos en el expediente clínico en la hoja especial para el balance de líquidos.</p> <p>Sumar y anotar los ingresos y egresos. Calcular la diferencia entre ambos y anotar el resultado.</p>	
--	--	--

EVALUACIÓN

Se realizaron 3 seguimientos de la necesidad de Eliminación en las fechas 23,25 y 27 de Noviembre para valorar el plan de la necesidad de Eliminación que se mantuvo en riesgo debido a que el paciente por su patología continúa con evacuaciones líquidas pero sigue en vigilancia para evitar complicaciones, no hubo desequilibrio hidroelectrolítico durante su seguimiento

PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE REALIZACIÓN

NECESIDAD: REALIZACIÓN	TIPÓ DE PRIORIDAD: Baja
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 7 DE NOVIEMBRE 2012	ROL DE ENFERMERÍA: Ayuda
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: 3 transitorio de varios meses.	FUENTE DE LA DIFICULTAD: No se encontró

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Riesgo de cansancio del rol del cuidador relacionado con hospitalización prolongada del paciente

OBJETIVO: La familia cumplirá con su rol de cuidador al tener apoyo de la enfermera especialista el tiempo que se encuentre hospitalizada.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTE 1.- La enfermera valorara la necesidad de realización de la madre.	a) La enfermera puede dirigir sus conocimientos observaciones hacia el paciente para determinar factores o situaciones del ambiente que interfieran con estado actual b) proporcionar actitudes y experiencias positivas paciente y su familia	El equilibrio psicológico Requiere de una integración adecuada de todos aspectos de los procesos psicológicos del individuo
INDEPENDIENTE Apoyo a la familia	a) Asegurar a la familia que el paciente se le brinda los Mejores cuidados posibles b) Determinar la carga psicológica para la familia que tiene un pronóstico Ofrecer una esperanza realista	La familia es el principal recurso para responde las necesidades propias del entorno familiar constituye un referente para proceso de integración (Nordmark Rohweder,2008)
INDEPENDIENTE. Apoyo al cuidador primario	a) Determinar el nivel de conocimientos del cuidador b) Determinar la aceptación del cuidador y su papel c) Admitir las dificultades del rol del cuidador principal d) Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal	El contacto frecuente es un componente importante en La realización familiar (Nordmark Rohweder,2008)

EVALUACIÓN

Se realizaron seguimientos de la necesidad de realización en las fechas 9,10 y 11 de Noviembre 2012 ,enero – junio 2013 , para valorar el plan de la necesidad de Realización que se implementó, la Mamá del paciente y sus familiares se mantuvieron abiertos al plan de atención, los familiares mencionaron sus miedos por medio de la expresión verbal de los miedos de la salud de su paciente, el papel de Enfermería fue fundamental para lograr una comunicación efectiva y eficaz basada en el respeto y la confianza.

PLAN DE INTERVENCIONES EN LA NECESIDAD DE HIGIENE

NECESIDAD: HIGIENE	TIPO DE PRIORIDAD: Baja prioridad.
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 5 DE NOVIEMBRE 2012	ROL DE ENFERMERÍA: Ayuda
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA. INDEPENDENCIA GRADO I	FUENTE DE LA DIFICULTAD: No se encontró.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Independencia en la Necesidad de Higiene.

OBJETIVO. Mantener la Independencia mediante la orientación y reforzamiento de los hábitos higiénicos durante la hospitalización.

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Independiente 1.- La enfermera demostrara a la madre, como realizar el baño del niño en orden cefalocaudal.	.Realizar baño de tina MATERIAL <ul style="list-style-type: none"> • toallas gruesas o una almohada de baño tipo esponja • paños suaves • tarja limpia • bolitas de algodón • champú y jabón para bebés (que no causen irritación) • toalla con capucha para bebé • pañal y ropa limpios PROCEDIMIENTO. <ul style="list-style-type: none"> • Asegúrese de que la temperatura de la habitación sea cálida (aproximadamente 23,8° C y que no haya corriente de aire) 	La participación de la madre en el cuidado del niño ayuda a prevenir la separación. (Whaley y Wong, 1994) La piel debe estar lisa, caliente y provista de buena turgencia. Mientras la piel se mantenga intacta y sana mantendrá su función de protección.(Perry y Potter 2003)

	<ul style="list-style-type: none"> • Prepare todo lo necesario antes de comenzar. • Llene la tina con agua tibia (debe resultarle tibia al tocarla con la parte interna de la muñeca o debe tener una temperatura entre 32,2 y 37,7° C • Coloque al paciente sobre un almohadón de baño o toallas gruesas, sobre una superficie que lo eleve hasta su cintura. • Mantenga al paciente envuelto con una toalla o manta. • Comience por la cara higienícele los ojos con una bolita de algodón húmeda y limpia, comenzando desde el entrecejo hasta el ángulo del ojo. • Lavar la cabeza con un paño con champú. Enjuáguele la cabeza, sin que el agua caiga en la cara. • Lave el resto de la cara con un paño suave y húmedo sin jabón. • Limpie los pliegues externos del oído con un paño suave. NO introduzca un hisopo de algodón dentro del conducto auditivo, dado que podría dañarle el tímpano. • Agregue una pequeña cantidad de jabón al agua o al paño y lave suavemente el resto del cuerpo del bebé, desde el cuello hacia abajo. Descúbrale una zona por vez. Enjuáguelo con un paño limpio o una taza pequeña con agua. • Péínele el cabello con un cepillo suave. 	
<p>Independiente</p> <p>2.- La enfermera explicara a la madre la importancia de la higiene en la zona del pañal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el turno matutino la madre y el personal de enfermería verificaran continuamente si la paciente miccionado o evacuado, para que la orina o heces tengan el menor contacto con la piel de la zona del pañal. • Se realizara cambio inmediato del pañal una vez que la paciente evacue o miccione. • El cambio constante del pañal evita lesiones en la piel de la paciente. • Observar que la madre este pendiente del 	<p>El mantenimiento del cuidado personal es importante para la comodidad, la seguridad y el bienestar del paciente. (kozziar 199)</p>

	cambio del pañal una vez que evacua la paciente.	
Independiente 3. Cuidado de la uñas de manos y pies.	<p>-Cortar de preferencia después del baño.</p> <p>-Es mejor limar las uñas con cuidado que cortarlas.</p> <p>- Hidratar la zona de la cutícula con aceites especiales (ricos en vitamina E), para que la apariencia de las uñas sea pulcra y saludable.</p> <p>-Nunca cortar la cutícula, ya que esto les quita protección frente al ataque de gérmenes; solamente debe empujarse -previa aplicación de crema o líquido removedor de este tejido- de manera suave hacia atrás con ayuda de un palito de naranjo.</p> <p>-Dar masaje con cremas humectantes haciendo énfasis en las puntas de los dedos; puede recurrirse a productos que hidratan la piel y fortalecen las uñas.</p> <p>bien, no debemos olvidarnos de las uñas de los pies, pues siempre deben estar impecables; por tanto, conviene seguir ciertas recomendaciones para su cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar calzado cómodo al paciente. • Secar perfectamente los pies después de la ducha. • Cortar las uñas con tijeras, cortaúñas o alicates en sentido horizontal, redondeando ligeramente los extremos. • Aplicar removedor de cutícula y, posteriormente, empujar el tejido hacia atrás; sin cortarlo. • Dar masaje a los pies para estimular la circulación sanguínea, lo cual puede efectuarse con crema humectante. 	<p>Las uñas de los niños requieren manejo especial, ya que estas estructuras en ellos son muy suaves y flexibles. Primero, es necesario lavarles las manos con frecuencia para evitar acumulación de gérmenes y mugre; en cuanto al corte, éste debe efectuarse con sumo cuidado cuando estén durmiendo, utilizando para ello tijeras pequeñas de punta redondeada para prevenir lesiones.</p> <p>Arcas Elia , “cuidado de las manos y unas “en www.naturamedic.com/uñas mayo 2013)</p>
Independiente 4. Hacer del baño una actividad divertida.	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar que el paciente chapotee y se mueva a sus anchas, pero sujetándolo para evitar un resbalón. 	El niño no relaciona el momento del baño con la higiene, sino con el placer o disgusto que le

	<ul style="list-style-type: none"> • Acariciar y frotar delicadamente con la esponja todo su cuerpo, insistiendo en aquellas partes en que más le gusta. • Evitar salpicar su cara, porque puede molestarle. • Hablarle, cantarle, mantener una comunicación constante. • Incorporar al baño su carrito, utilizando alguno que sea hueco para llenarlo de agua y enjuagarlo con él así participará en el baño. 	<p>produce. Para que lo disfrute, e incluso lo espere con ansiedad.</p> <p>(Lima Gabriela “baño del bebe “planeta mama publicado 18/02/13 en www.planetamama.com)</p>
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>5. Colocar loción refrescante en la piel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca la loción lavanda o manzanilla para el cuerpo con ingredientes naturales, son ideales para usarlas después del baño y causan relajación corporal 	<p>El uso de las fragancias como lavanda, son un hito en los productos para el bebé y tienen un motivo especial. La manzanilla, es conocida desde hace siglos como uno de los mejores aliviantes naturales del estrés, la tensión nerviosa y la inflamación. (idem en www.planetamama.com)</p>

EVALUACIÓN

Se realizaron 3 seguimientos de la necesidad de Higiene en las fechas 10,11 y 12 de Noviembre, enero – Junio 2013, para valorar el plan de la necesidad de Higiene que se implementó, El paciente respondió de manera favorable ante el plan que se le proporciono para mantener la Independencia de la Necesidad de Higiene, se reforzaron los conocimientos de la Mamá con respecto al baño del paciente en orden céfalo caudal, la zona del pañal se mantuvo limpia y sin datos de eritema perianal, Las uñas de pies y manos se mantuvieron cortas y aseadas, se mantuvo la Independencia de la Necesidad de higiene.

PLAN DE INTERVENCIONES EN LA NECESIDAD DE VESTIDO Y DESVESTIDO

NECESIDAD: VESTIDO Y DESVESTIDO		TIPO DE PRIORIDAD: Baja	
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 19 de octubre 2012		ROL DE ENFERMERÍA: Ayuda	
NIVEL	Y	GRADO	DE
DEPENDENCIA. INDEPENDENCIA 1		FUENTE DE LA DIFICULTAD: No se encontró.	

DIAGNOSTICOS: Independencia en la necesidad de vestido y desvestido relacionado con conocimiento de la Mamá del paciente para satisfacer la necesidad, manifestado por uso de ropa acorde para la edad y la temporada.

OBJETIVO el paciente mantendrá la independencia de la necesidad de vestido y desvestido a través de la orientación cuidador primario del uso de prendas de vestir de acuerdo al clima y temporada del año.

INTERVENCIÓN	ACCION	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTE. 1. La enfermera muestra a la mamá del paciente la importancia del vestido.	Mostrar las opciones que hay para vestirse de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Esta puede variar según la actividad que realice o la moda. Ajustada. Holgada. Deportiva. Formal.	La ropa asegura también la integridad del individuo perseverando su integridad sexual. El vestir preocupa cada vez más, puesto que forma parte de la estética del individuo, contribuye a la expresión corporal y participa significativamente la comunicación. (Barrios Duarte Rene en Vestido en niños en www.efdeportes.com junio 2012).
INDEPENDIENTE. 2 .La enfermera reafirma acerca de la importancia de utilizar ropa adecuada para las diferentes épocas del año.	PRIMAVERA. Por lo regular se utiliza ropa de algodón, pantalón de mezclilla, shorts, playeras, gorra, zapato, guarache. Se usan colores muy vivos. b) VERANO. Por la temperatura del ambiente se utilizan pantalones cortos de tela fresca, playeras sin manga, vestido, shorts, bermudas, guarache, pero si persisten las lluvias: pantalón, sudadera, tenis, zapato. Se usan colores no tan llamativos.	La temperatura corporal varía según la edad, el individuo debe proporcionarse la ropa adecuada para protegerse de los cambios de temperatura ambiental. Los niños y las personas mayores, tienen una temperatura corporal más baja que la de los adultos, deben utilizar por lo tanto ropas más cálidas (Ministerio de educación Argentina 7/8/2009 en

	<p>c) OTOÑO. Comienza el uso de chamarras, pantalón, falda larga pero alterna con ropa fresca, se utilizan colores secos.</p> <p>d) INVIERNO. Uso de abrigo, suéter, pantalón de pana mezclilla, ropa térmica, sedaderas, botas, tenis, medias, guantes gorro, bufanda, se usan colores azul, rojo, verde, blanco en predominio y por la época y sus festividades.²⁰</p>	<p>www.htt://educ.ar//Regulación%20de%20la%20temperatura junio 2013)</p>
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>3. La enfermera aconsejara sobre la elección de la ropa en caso de que el cuidador primario lo solicite</p>	<p>Se podrá aconsejar el tipo de ropa por ejemplo que se use ropa de 2 piezas para facilitar la presencia de la sonda de gastrostomía</p> <p>Se puede sugerir accesorios como zapatos y calcetas que ayuden al vestido del paciente.</p>	<p>Es difícil intervenir en los gustos, pero se pueden hacer recomendaciones para el uso de sus prendas.</p> <p>Los accesorios van a variar dependiendo de los gustos y costumbres del cuidador primario, se le puede mostrar la variedad de accesorios que existen como camisitas y zapatos. (MunguiaPozzi Roberto , Vol 16 ,2012 en www.mipediatra.com junio 2013)</p>

EVALUACIÓN

Se realizaron seguimientos de la necesidad de Vestido y Desvestido en las fechas 25,26 y 27 de Noviembre 2012, enero – junio 2013 para valorar el plan de la necesidad de Vestido y Desvestido que se implementó. El personal de Enfermería cuenta con la habilidad y conocimientos en los 3 turnos para que la necesidad de e Vestido y Desvestido sea satisfecha en su totalidad, la Mamá del paciente cuenta con los conocimientos para vestir a su paciente con ropa acorde para la edad y la temporada, por lo cual el paciente en el transcurso de la valoración se mantuvo en Independencia en la necesidad de Vestido y Desvestido.

PLAN DE INTERVENCIONES EN LA NECESIDAD DE VALORES Y CREENCIAS

NECESIDAD: VALORES Y CREENCIAS	TIPÓ DE PRIORIDAD: Baja
FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 5 DE NOVIEMBRE2012	ROL DE ENFERMERÍA: Ayuda
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA. NIVEL 1 DE INDEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD: No se encontró.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: disposición de los cuidadores primarios (Papá y Mamá) para mejorar la religiosidad.

OBJETIVO: Los cuidadores primarios (Papá y mamá) Reforzarán sus creencias espirituales.

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
1.- La Enfermera ayudará a los padres del paciente a mantener el equilibrio espiritual a través de sus creencias, de manera cotidiana.	-Escuchar los sentimientos de los padres de la paciente y facilitar el uso de la meditación y oración. -Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con los padres y la paciente, según sea requerido. -Estar abierto a los sentimientos de los padres de la paciente acerca de la enfermedad de su hijo. -Brindar la privacidad de un ambiente que facilite a los padres del paciente la práctica de su religión, como son los cantos, oraciones, etc. cuando sea posible.	La importancia de que la Enfermera apoye a los padres espiritualmente, ayudará a mantener el nivel de espiritualidad de los padres del paciente ya que la espiritualidad es una dimensión que impregna la totalidad del ser y satisface la necesidad humana de buscar respuestas significativas, en sus creencias y cuestiones acerca de la existencia, la enfermedad y la muerte. (Waechter P.H.-1396).
INDEPENDIENTE. 2.proporcionara información a los padres del paciente Sobre los diversos servicios espirituales que ofrece la institución.	-La Enfermera informará a los padres del paciente sobre la ubicación de la capilla dentro del hospital, ubicado en el primer piso. -La Enfermera informará a los cuidadores primarios sobre las visitas a los enfermos del guía espiritual que realiza todos los domingos, para hacer oración con ellos.	La orientación de la existencia de servicios espirituales (capilla) que ofrece la institución contribuye a que los familiares sepan que cuentan con un lugar donde realizar sus oraciones de manera privada. (Potter- Perry-518)
3.-colaborar en el enlace entre consejeros	-La Enfermera es intermediaria del enlace con el departamento de trabajo social para facilitar	La participación de Trabajo Social Es importante y facilita los trámites

espirituales y el equipo multidisciplinario	trámites de la visita del consejero espiritual, para su respectiva práctica religiosa.	correspondientes para el acceso de personas representantes de un grupo religioso, que profesan la misma religión de los cuidadores primarios de la paciente hospitalizada.
---	--	--

EVALUACIÓN

Se realizaron 3 seguimientos de la necesidad de Valores y Creencias en las fechas 15,16 y 17 de Noviembre para valorar el plan de la necesidad de Valores y Creencias que se implementó, la Mamá del paciente y sus familiares se mantuvieron apegados a sus creencias continuaron con las estampas que se encontraban en la cuna del paciente, se le informo a la Mamá de los servicios religiosos en el hospital pero menciono que ella rezaba en la unidad del paciente y se sentía más cerca de su hijo y de Dios.

III. CONCLUSIONES

El trabajar con el Proceso de Atención de Enfermería y la teoría de Virginia Henderson me permite obtener información de manera sistematizada y organizada, facilitando la elaboración de los Planes de cuidado del estudio de caso.

Los objetivos que se plantearon se lograron en la mayoría, ya que en las necesidades de Nutrición, Movimiento y Postura, Aprendizaje, Recreación y Comunicación se mantuvieron en Dependencia debido a que la fuente de la dificultad la modificación de la dependencia se lleva en varios años y solo se logra disminuir la dependencia.

Para el lactante mayor masculino, la elaboración y realización de los planes de cuidado lo llevaron a la independencia de la necesidad de Oxigenación, Descanso y Sueño, Termorregulación y a mantener la Independencia de las Necesidades de Higiene, Seguridad y Protección, Valores y Creencias, Realización, Eliminación, Vestido y Desvestido; que sin la elaboración de los mismos no se hubiera logrado.

La teoría de Virginia Henderson fue aplicable para la valoración de las necesidades y es funcional en los pacientes en etapa pediátrica para la elaboración de los planes de cuidado los Métodos e Instrumentos utilizados fueron la hoja de reporte diario así como la Historia Clínica de enfermería (de 0 a 5 años) fueron de gran utilidad para la obtener información de manera ordenada y sistematizada.

Para la elaboración de un estudio de caso es importante disponer de un plan tutorial de Enfermería que lleva el plan único de especialización de enfermería de la UNAM

SUGERENCIAS

Que se nos permita mayor tiempo estar con el paciente del estudio de caso para la obtención de mejores resultados

Unifique la aplicación proceso de atención de enfermería y una teoría en la atención del paciente pediátrico en todas las instituciones.

La especialista en Enfermería infantil se integre al equipo multidisciplinario

La formación de recursos humanos con el suficiente conocimiento filosófico y metodológico para el desarrollo adecuado de la investigación, generando estructuras enfocadas al desarrollo de la investigación, publicación y la mejora continua de los procesos en enfermería.

Es necesario que las personas más cercanas afectivamente a nuestros niños influyan de manera potencial y positiva en ellos de modo que no dificulten su autoestima. Para que en un futuro sean niños capaces de enfrenarse coherentemente responsablemente a las situaciones que el mundo les depare.

BIBLIOGRAFÍA

Ángeles-Oblitas Y, Barreto-Quiroz M, Bolaño-Gil H. Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza A1H1N [internet] en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Rev. enferm Herediana.2010; 3(1):43-48 <http://xurl.es/ac1bm>

Bejomil publicado el18/10/2012 en www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfmanual/4-1_7htm

Carreño RA. Proceso enfermero en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo el enfoque de Henderson [Internet] Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2011; 19 (3): 105-113 en<http://xurl.es/9qbdq>

Código de ética de la enfermería colombiana. En: <http://www.anec.org.co/>

Comisión interinstitucional de Enfermería .Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México 2001.

Cruz – Góngora Vanessa, salud pública México 2013, vol. 11 pág. 180 http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol11_1_03/act06103.htm consultado marzo 2013

Danone Medical Nutrition México S.A de C.V www.neocate.com.ar/#Neocate_Que_es_Neocate Abril 2013)

Díaz Benítez ER. Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita[internet]Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2011;19 (2): 74-79 <http://xurl.es/225cco>

Esperanza G. C, Enf Clínica de Urgencias M. y T. Gutt Fundación Santa Fe de Bogotá, urgencias sociedad medico quirúrgicas 2008 en www.fepafem.org.ve/guias

García MJ. Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson: propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, México D.F: editorial Progreso, 2004:8

GTT (Pimstein M. Care of children and adolescents with special health care needs: gastrostomy. Medwave 2003; 26(4): 47-58 ISSN: 0185-3325 <http://www.amdem.org/SERVICIOS/>

Mariano Sánchez, Natividad; Espinosa Meneses, Verónica. Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica.[internet] Desarrollo Científico Enferm. 2008 julio, 16(6). </dce/16/16-276.php>

Martínez E. Caso clínico de un paciente con necesidad de moverse [internet] Revista de Enfermería del IMSS, No. 15, 2010, 13-14

Mondragón Romero A y col. Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de elección 22q11 [internet] Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2010;18 (3): 82-86 <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en113d.pdf>

Mónica Palacio Marco, Cuidados al niño oncológico. Barcelona. España Cap. 158

Munguía PR, Vol. 16 ,2012 en www.mipediatra.com junio 2013

Musico%20terapia/Musicoterapia.html junio 2013.)009 Dic; 9(12):4311 doi: 10.5867/medwave.2009.12.4311.Fecha de publicación: 1/12/2009)

Oble P M. Neonato Sano [internet] Hospital General de México, México D, F Enero 2011. <http://xurl.es/g70xd>

Paracetamol en www.vademecum.es/medicamento-paracetamol junio 2013

Rodríguez A, Ferrer M, Prevalencia de diagnósticos de enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes, Enfermería clínica .2002, 12(6):256-9.

Rosa Reina Cuidados de enfermería en paciente pediátrico con el diagnóstico de Guillen Barre “Colombia 2009, Hospital de Vera Candiotti <http://xurl.es/qgz1c>

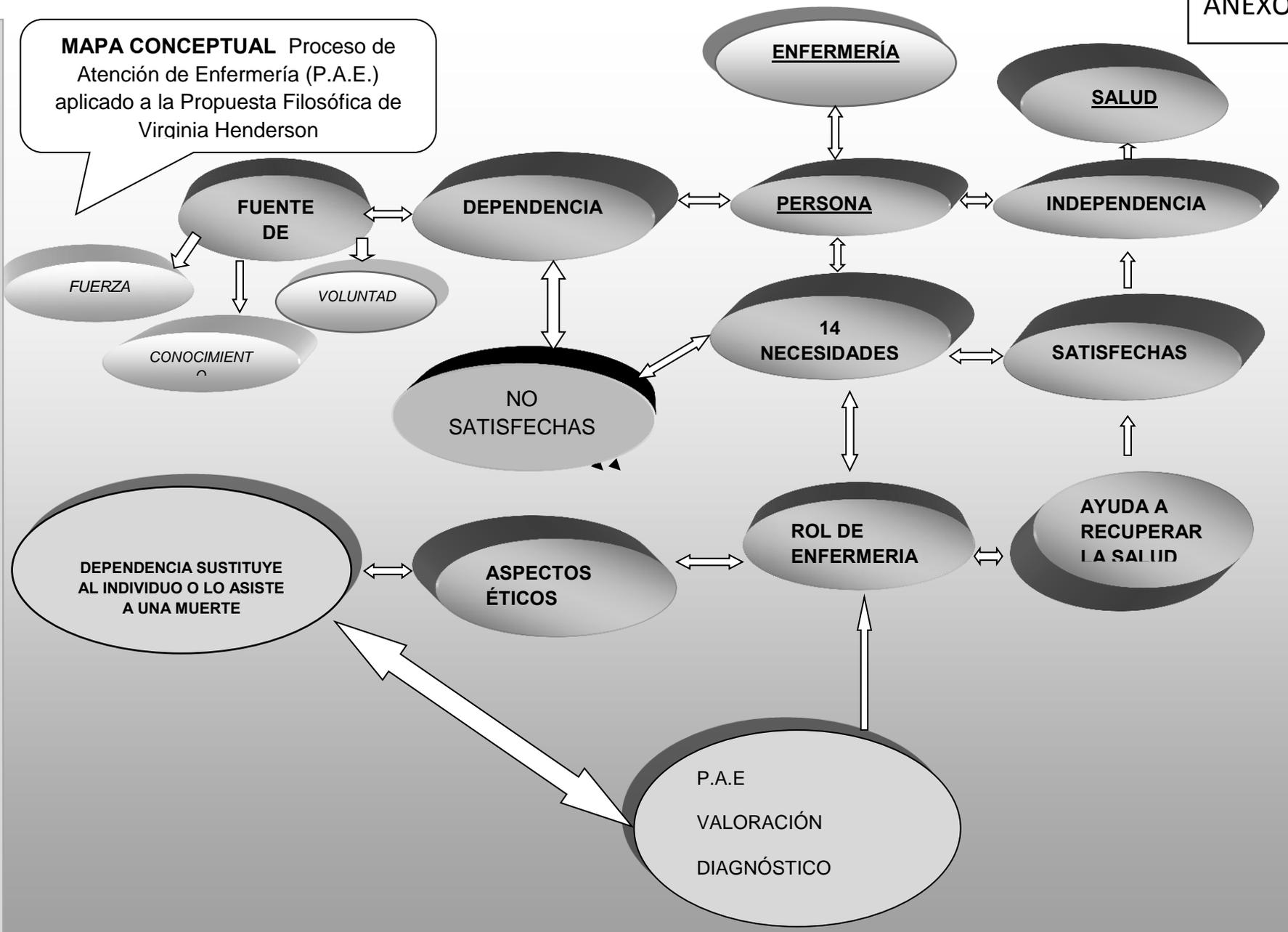
Sierra P M. Paciente pediátrico con cardiopatía acianógena. [Internet] Revista Mexicana de Enfermería cardiológica 2006: 16-23 <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061d.pdf>

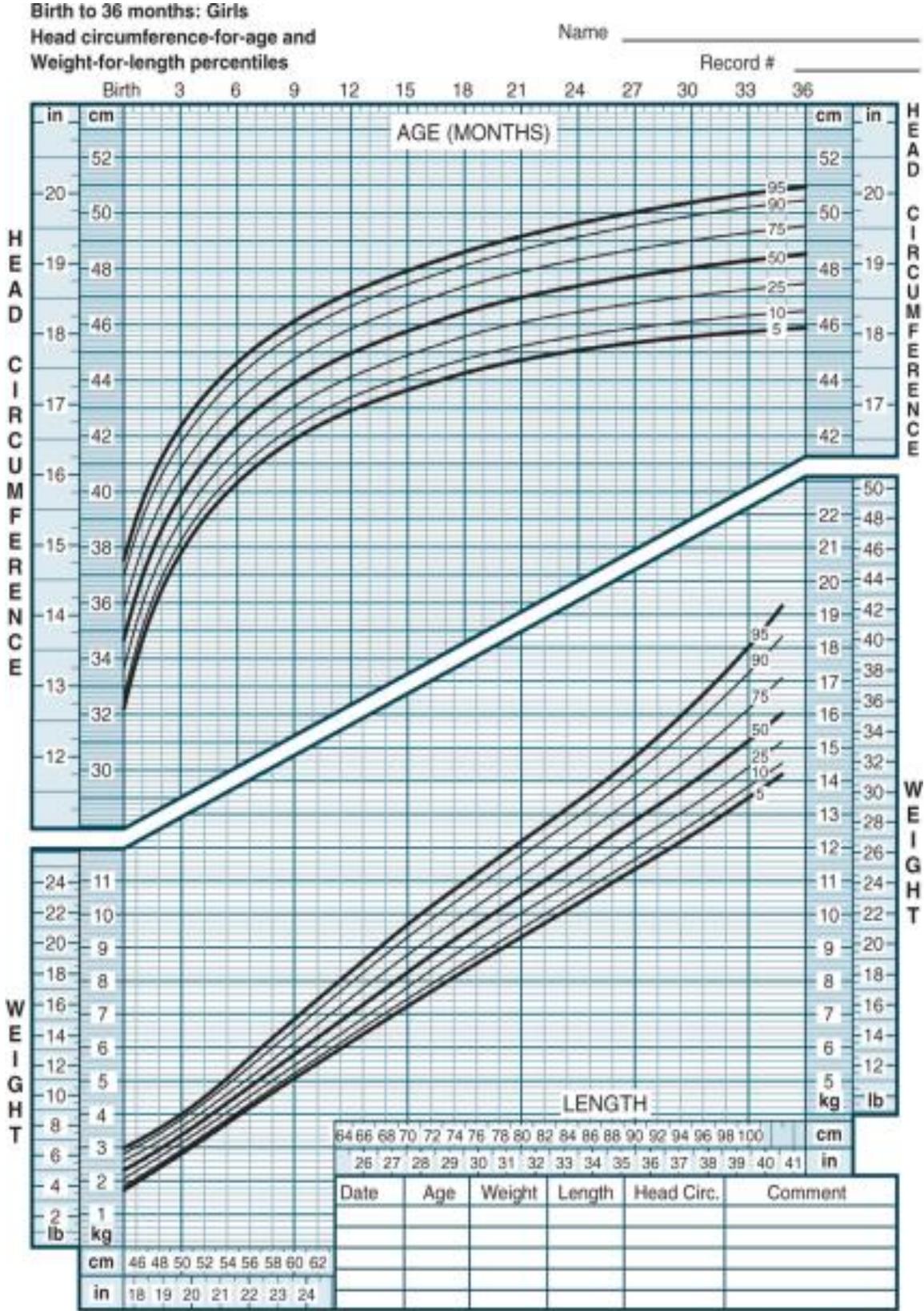
Torralba Francesc. Ética del cuidar, Fundamentos contextos y problemas y problemas, Madrid:Institut Borja de Bioética y fundación Mapfre Medicina; 2002.5 código de ética del CIE para la profesión de enfermería , Consejo internacional de enfermería , Ginebra ,2000, revisada 2006.17.

Wilmaris Rivero Aplicación del proceso de enfermería en pacientes de Leucemia Linfoblástica aguda complicada con endocarditis infecciosas fundamentada en la teoría de Virginia Henderson [internet] Valencia Edo de carabob0 2011. <http://xurl.es/h8b>

MAPA CONCEPTUAL Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) aplicado a la Propuesta Filosófica de Virginia Henderson

ENTORNO





SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

División de Estudios de Posgrado

Plan único de Especialización de Enfermería

Instrumento de valoración

Clínica en niño de 0 a 5 años

Especialización de Enfermería Infantil



Elaboró:

Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador;

Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001

PRESENTACIÓN

La División de Estudios Superiores como parte de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, ofrece a la comunidad académica e institucional de la enfermería una recopilación de los instrumentos que dentro del Plan Único de Especialización en Enfermería y particularmente de las Especialidades en Enfermería Infantil I se han construido a partir de las generaciones de especialistas que hasta el momento han egresado.

Considerando que la valoración es una parte importante del proceso de atención de enfermería y determinante para el planteamiento conceptos de teorías de las hipótesis de trabajo o diagnóstico de enfermería, se proponen instrumentos de valoración clínica, donde el especialista incursione en la experiencia de conjugar conceptos de teorías procesos especializados del cuidado de enfermería y método de trabajo disciplinar.

De este modo los instrumentos pretenden ser una aportación para la práctica de cuidado especializado en enfermería al retomar aspectos teórico instrumentales de la disciplina.

Las experiencias que puedan generarse a partir de este primer acercamiento al uso de conceptos de modelos o teorías disciplinares en instrumentos de valoración redituará para la enfermería en múltiples aspectos: académicos, de investigación y técnicos entre otros.

Considere que este material es parte de un proyecto académico, en donde usted, después de leerlo, podrá sentirse co-participe de la mejora del mismo. Juntos, compartiendo y difundiendo las experiencias obtenidas.

A T E N T A M E N T E

MTRA. EN ENF. ROSA MA. OSTIGUÍN MELÉNDEZ

Nota: La información presentada es responsabilidad de los autores.



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

ENFERMERÍA INFANTIL

Instructivo

Para el alumno:

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

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

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

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



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

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega: _____ Servicio: _____

I D A T O S D E M O G R Á F I C O S	<p>Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____</p> <p>Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____</p> <p>Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____</p> <p>Escolaridad Padre: _____ Madre: Niño: _____</p> <p>Religión: _____ La información es proporcionada por: _____</p> <p>_____ Domicilio: _____</p> <p>Procedencia: _____ Teléfono: _____</p> <p>Diagnostico Médico: _____</p> <p>Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____</p>
II F A M I L I A	<p>Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____</p> <p>Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de Construcción: _____</p> <p>_____ Servicios intradomiciliarios: _____</p> <p>_____</p> <p>Disposición de excretas: _____</p> <p>Descripción de la vivienda: _____</p> <p>_____</p> <p>Ingresos económicos de la familia: _____</p> <p>Medios de transporte de la localidad: _____</p> <p>_____</p>

Mapa Familiar

Abuelos Paternos

Abuelos Maternos

Padres

Hermanos

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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades

Símbolos

Hombre Mujer

Pacientes problemas

Fallecimiento

Relaciones débiles

Pacientes problemas

Relaciones fuertes

Relaciones con estrés

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

1	Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda				
	Cereales	_____	_____	_____				
	Frutas	_____	_____	_____				
	Carne	_____	_____	_____				
	Tipo de líquidos:	Vía oral: _____	Vía Parenteral: _____					
	Hábitos en los alimentos:	_____						
A qué edad le salieron los dientes: _____								
Eliminación								
2	Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	Consistencia de las heces: formadas:	_____	pastosas: _____					
	Blanda:	_____	Líquida: _____					
	Semilíquida:	_____	Espumosa:	_____	Con sangre:	_____	Grumosa:	_____
	Color: Amarilla:	_____	Verde:	_____	Café:	_____	Negra:	_____
	Blanca:	_____						
	Olor: Ácida:	_____	Fétida:	_____	Otros:	_____	Moco:	_____
	Sangre:	_____	Restos Alimenticios: _____					
	Dolor al evacuar:	_____	Orina: Color:	_____	Olor:	_____	Con sangre:	_____
Sedimento:	_____							
Pus:	_____	Dolor al orinar:	_____	Edema palpebral:	_____	Maleolar:	_____	
Anasarca:	_____							
Otros:	_____							
Hábitos:	_____							
Descripción de genitales:	_____							
Sudoración:	_____							

Oxigenación

- 3 Somatometría: Peso:_____ Talla _____ Perímetros: Cefálico: _____
Abdominal: _____ Toracico: _____ Braquial: _____
Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Pulso: _____
Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____
Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea: _____ Disociación toraco abdominal: _____
Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____
Respiración asistida: _____ Controlada: _____
Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor
Tubo traqueal _____ _____ _____ _____
Cavidad oro nasal _____ _____ _____ _____
Humidificación y oxigenación _____

- 4 Tiene dificultad para respirar: cuando como: _____ Camina: _____ Otros: _____
Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____
Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____

Reposo sueño

- Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____
Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____
Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____
Duerme siesta: _____ En qué horario: _____
Valoración neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico: _____ Tranquilo: _____
Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____
Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____
Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____
Búsqueda: _____ Moro: _____
Prensión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____
Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____

5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Condiciones de la ropa de vestir: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbres en el cambio de ropa: _____</p> <p>Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____</p> <p>Se viste solo: Si _____ No _____ Con ayuda: _____</p>
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</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>Cuando tiene fiebre ¿Cómo se controla? _____</p>
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fijo la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____</p> <p>Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____</p> <p>Salta alternando los dos pies: _____ Camina con la punta de los pies: _____</p> <p>Camina con los talones: _____ Sube escaleras: _____ Camino solo: _____</p> <p>Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____</p> <p>Que 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;">Comunicación</p> <p>Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____</p> <p>Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____</p> <p>A que edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A que edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____</p> <p>Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____</p> <p>Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____</p> <p>Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____</p> <p>Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____</p> <p>Desordenado: _____ Qué le hace el niño para consolarse a sí mismo: _____ Que hace usted para consolarlo cuando _____</p>

	<p>hace berrinche: _____</p> <p>_____</p>
9	<p style="text-align: center;">Higiene</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: ____</p> <p>Frecuencia del cambio de ropa: _____</p>
10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ la música: _____</p> <p>Tienen alguna preferencia por: los juegos: _____</p> <p>Los objetos: _____ Animales: _____</p> <p>Las personas: _____ Juega solo: _____</p> <p>Con otros niños: _____ Con adultos: _____</p>
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> <p>¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?. _____</p> <p>_____</p>
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describe los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>_____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: ____ Separación de la pareja: ____ Enfermedad crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: ____</p> <p>_____</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? _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____ Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis: Nombre del medicamento Dosis Vía Fecha _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>De qué forma acostumbra dárselos: _____</p>
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____ ¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____ ¿Ha estado hospitalizado antes? Sí _ No_ si la respuesta es sí ¿Por qué? _____ ¿Cómo reaccionó? _____ ¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____ Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____ _____</p>
14	<p style="text-align: center;">Realización</p> <p>¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____ _____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____ _____</p> <p>Comparte juguetes: _____ Hace amistad con otros niños y adultos: _____ _____</p> <p>Imita a su papá, o a usted o algún pariente: Sí _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____ _____</p> <p>Otros datos: _____</p>

	<hr/> <p>Nombre de la Enfermera: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
--	--

Análisis



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

ENFERMERÍA INFANTIL

VI. JERARQUIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosociales y espiritual).

Fecha en la que se identifica	Diagnóstico de Enfermería	Fecha de resolución



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

ENFERMERÍA INFANTIL

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____

Registro:

_____ Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre del alumno:

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

Código: Grado de dependencia

Total=Dt

Causas de la dificultad

Temporal= Dtm
Parcial= Dp
Permanente= D pr.

Falta de fuerza
Falta de voluntad= FV
Falta de conocimiento= F



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 a dónde acudir cuando se presenten)

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

6. Fecha de su próxima cita:

7. Observaciones (se incluirá folleto de educación para la salud o acerca de la enfermedad).

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería Infantil
Sede Hospital Infantil de México Federico Gómez

Reporte Diario (Seguimiento)

Nombre de la alumno: _____ Fecha _____ Servicio _____
Nombre del niño: _____ Edad: _____ Reg. De Exp. _____

Valoración Focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso _____ Talla _____ FC _____ FR _____ TA _____ Temp _____

Otros.

A) Observación General

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

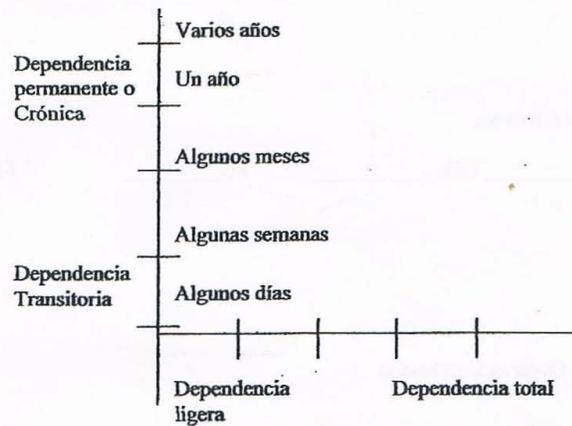
Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

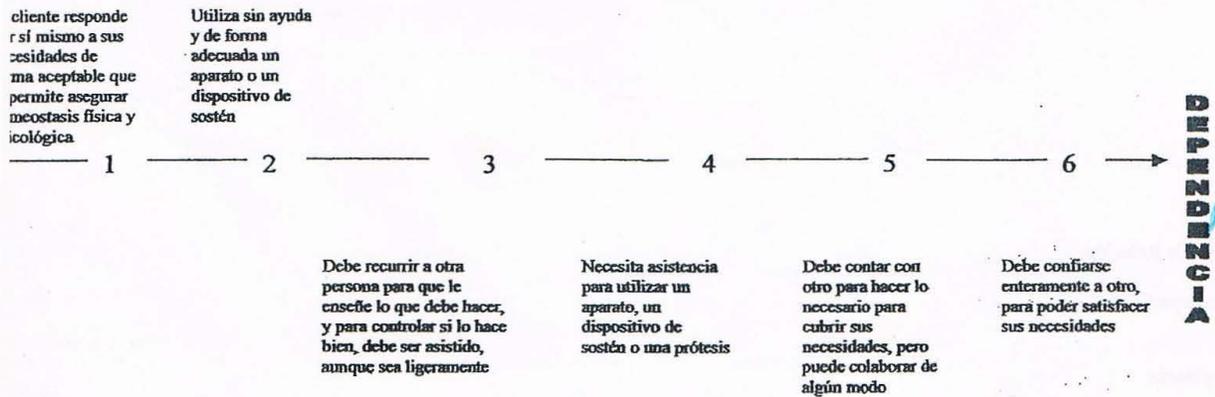
Diagnósticos de Enfermería

Comentarios:

Duración de la Dependencia



Grado de Dependencia



Fuente (dos gráficas): Phancuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

Consentimiento Informado para estudio de caso

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

_____, cuyo Objetivo principal es: Con fines académicos

_____, 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, entrevista

_____ 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 Teresa Vega Hernández

[Firma]
Firma

Nombre del padre o Tutor: María Elena Rojas Rivas

MEER
Firma

Testigos

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____

