



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A UN LACTANTE MENOR CON ALTERACIÓN EN
LAS NECESIDADES DE OXIGENACIÓN,
NUTRICIÓN, ELIMINACIÓN Y EVITAR PELIGROS.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

Verónica Zuleima Juárez Hernández

Nº CUENTA: 412067624

CON LA ASESORÍA DE:

Mtra: Irma Valverde Molina



CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a mi madre Felicitas Hernández a quién admiro y respeto, a tí, a quién dedico mis éxitos, triunfos y victorias por qué me empoderas y siempre me acompañas.

A mis hermanos quienes me apoyan y abrazan cálidamente en cada situación difícil.

A cada uno de mis profesores que han sido mis guías y me ayudaron a descubrir el amor y vocación por esta hermosa profesión.

A quién me acompaña en este camino llamado vida y me brinda su apoyo, cariño y amor incondicional, mi esposo Joshue.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVO ESPECÍFICO	6
JUSTIFICACIÓN	7
METODOLOGÍA	7
MARCO TEÓRICO	8
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	46
VALORACIÓN	47
DIÁGNOSTICOS, PLANEACIÓN Y EJECUCIONES DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	53
PLAN DE ALTA	68
CONCLUSIÓN	70
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	71
ANEXOS.	75

INTRODUCCIÓN

El presente Proceso Atención en Enfermería es aplicado a un lactante menor con diagnóstico médico de Canal Aurículo-Ventricular tipo A según la clasificación de Rastelli, hospitalizado en el quinto piso, sección seis del área pediátrica en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, proceso que se sustenta con el Modelo de las catorce necesidades básicas de la Teórica Virginia Henderson.

La recopilación de datos para este trabajo se llevó a cabo por medio del uso del expediente clínico del paciente pediátrico con la previa autorización correspondiente. La valoración del paciente se realizó con las cédulas de Valoración de Enfermería del niño elaborada por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

Una vez obtenida la valoración, se inicia la elaboración de los diagnósticos enfermeros con apoyo de la NANDA 2015-2017 y las intervenciones de enfermería se sustentan de la taxonomía NIC y NOC.

“Una cardiopatía congénita se define como una anormalidad en la estructura cardiocirculatoria o en la función que abarca el corazón y los grandes vasos, y que está presente en el nacimiento, aunque se descubra posteriormente, en el transcurso de la vida del portador de la malformación. En México, según un estudio realizado en la última década del siglo pasado, las cardiopatías ocupan el segundo lugar, solo superadas por las malformaciones del sistema nervioso central. Las cardiopatías congénitas son una causa importante de muerte infantil; en los portadores de las mismas la mortalidad puede ser alta y variable. En prematuros el CAP fue la afección que más se presentó; sin embargo, en los RN a término las que predominaron fueron la CIA y la CIV.”¹

La enfermería es una de las ciencias más importantes que integran al equipo de salud, sus constantes aportaciones en los métodos de mantenimiento o recuperación en la salud de la persona o familia en las distintas etapas de la vida, ha manifestado la importancia de la función que realiza².

¹ Mendieta Alcántara G G, Santiago Alcántara E, Mendieta-Zerón H, Dorantes Piña R, Ortiz de Zárate Alarcón G, Otero Ojeda G A. Incidencia de las cardiopatías congénitas y los factores asociados a la letalidad en niños nacidos en dos hospitales del Estado de México. Gaceta Médica de México. 2013;149:617-23

² NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Las patologías y las necesidades que se presentan durante la infancia y adolescencia son muy diferentes a los que se presentan en la edad adulta, por ello, la enfermera debe de brindar cuidados íntegros y personalizados con enfoque humanístico al paciente pediátrico implementando buenas técnicas y aplicando un procedimiento oportuno y preciso ofreciendo de esta manera un mejor cuidado de calidad, reduciendo en lo posible las molestias que su estado le pudiera ocasionar sin olvidar la incorporación de los padres y familiares en el cuidado y tratamiento del niño.

El proceso de atención en enfermería (PAE) se ha reinventado a través de la historia, pues su uso como herramienta en la práctica profesional enfermera es una ventaja que origina independencia en sus intervenciones con el trabajo del equipo multidisciplinario de salud ya que es un método sistemático y ordenado fundamentado por bases científicas, ofrece una excelente calidad en el cuidado y facilita la atención individualizada al paciente.³

³ González Salcedo P, Chaves Reyes M. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Bogotá (Colombia), 11 (2): 47-76, julio-diciembre de 2009.

OBJETIVO GENERAL.

Aplicar el Proceso Atención en Enfermería (P.A.E) a paciente pediátrico con patología cardíaca para integrar marco de conocimientos, conjunto de técnicas y habilidades que permitan la mejoría en sus necesidades alteradas, desarrollando intervenciones enfermeras y acciones de educación para la salud incorporando a la familia en el cuidado del paciente pediátrico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Detectar las necesidades alteradas y problemas del paciente.
- Identificar y aplicar las etapas del método enfermero en un caso real.
- Sustentado bajo el Modelo de Virginia Henderson.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería pertinentes para propiciar la recuperación y calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

Aplicación del Proceso Atención de Enfermería (PAE) como método científico en la práctica enfermera para evaluar a un paciente pediátrico lactante menor con patología de **“Canal Aurículo-Ventricular tipo A según clasificación de Rastelli”** para el sustento de un marco de conocimientos, técnicas y habilidades enfermeras que satisfagan sus necesidades, desarrollando acciones de educación para la salud y fomentar el cuidado.

METODOLOGÍA

Se realiza un Proceso Atención de Enfermería basado en el caso clínico de Sebastian, lactante menor de 2 meses de edad que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE en el cual se trabajó recabando los datos a través de la revisión extensa del Expediente Clínico.

Se realiza investigación bibliográfica sobre la patología, para la valoración se emplean cédulas de Valoración de Enfermería del niño elaborada por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), se hace uso de la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC para las intervenciones enfermeras todo esto sustentado por el Modelo de Virginia Henderson.

MARCO TEÓRICO.

EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica⁴.

“El proceso de atención a enfermería PAE es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería”⁵.

Las ciencias biológicas, sociales y psicológicas son necesarias en el profesional de enfermería para ofrecer a los pacientes atención de calidad, a través de la aplicación del proceso de enfermería para que a través de este alcance la mejoría en las necesidades alteradas.

Sus objetivos son: Detectar y garantizar respuesta a los problemas de salud reales o potenciales, permitir que la persona participe en forma activa en su propio cuidado (autocuidado) , brindar atención individualizada continua y de calidad. Sus características son: Interpersonal, Cíclico, Universal, Enfoque holístico y Humanístico.⁶

Resumiendo, el PAE es la aplicación del método científico en el quehacer diario de enfermería y como todo método, contiene pasos sucesivos que se relacionan entre sí; aunque el estudio de cada uno de estos pasos se hace por separado.

⁴ Téllez Ortiz S. E, García Flores M. Modelos de Cuidados en Enfermería NANDA,NIC y NOC. México: McGraw-Hill; 2012.

⁵ Pérez Hernández M. J, Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Rev. Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002;10 (2): 62-66

⁶ Salazar Hernández I. Y, Proceso Atención de Enfermería P.A.E . ENEO-UNAM. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>

Etapa	Concepto	Intervención
Valoración	Es la primera fase del proceso de atención de enfermería, que consiste en la recolección y organización de los datos a partir de las respuestas del paciente a problemas de salud-enfermedad, identificados y registrados en la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.	Recolecta la información, teniendo en cuenta la comunicación terapéutica con la persona, familia, comunidad y entorno. Realiza la historia de enfermería, valorando cada uno de los patrones funcionales en los aspectos subjetivos y objetivos. Revisa la historia del paciente, electrónica o en físico; analiza e interpreta los medios diagnósticos; actualiza, organiza y valida los datos, registrándolos en el instrumento. Analiza e interpreta los datos obtenidos, necesarios para la formulación del diagnóstico de enfermería.
Diagnóstico	Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad, que se deriva de la recolección, análisis y síntesis de datos obtenidos en la valoración.	Identifica los diferentes problemas para los cuales se pueden ofrecer soluciones, interpretando y analizando los datos. Compara los datos con los estándares normales establecidos. Reúne y agrupa los datos formulando hipótesis provisionales y diagnósticos según el problema identificado en la situación de salud-enfermedad. Registra los diagnósticos de enfermería en el plan de cuidados.
Planeación	Se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar problemas, identificados en el paciente.	Establece los objetivos y las prioridades identificadas en concordancia con el paciente. Planea las actividades del cuidado de enfermería de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida. Socializa el plan de cuidados a los miembros del equipo de salud, encargados de la ejecución. Realiza propuestas de tratamiento, integrando los conocimientos teóricos que sustentan el cuidado. Determina los resultados esperados y hace modificaciones inmediatas de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida. Registra el plan, en la historia clínica electrónica o física
Ejecución	Son las intervenciones que desarrolla enfermería, con y para el paciente, con el fin de lograr los resultados.	Valora nuevamente al paciente, estableciendo prioridades en la ejecución de su cuidado. Verifica la necesidad de intervención de enfermería. Brinda el cuidado de enfermería planeado. Informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar. Registra los cuidados realizados y las respuestas del paciente a estos. Valora nuevamente al paciente, estableciendo prioridades en la ejecución de su cuidado. Verifica la necesidad de intervención de enfermería.
Evaluación	La evaluación es una actividad planificada y continuada, en la cual se determina la evolución del paciente en relación con los resultados y la eficacia del plan de cuidados.	Brinda el cuidado de enfermería planeado. Informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar. Registra los cuidados realizados y las respuestas del paciente a estos. Determina si se han logrado los objetivos establecidos en cada una de las etapas del PAE. Evalúa con la persona atendida, los resultados del cuidado. Evalúa con el personal de enfermería y otros profesionales las intervenciones de enfermería, con los logros y resultados de la persona atendida. Revisa, modifica o finaliza el plan de cuidados según la situación de salud de la persona. Registra los resultados obtenidos y las modificaciones del plan de cuidados.

FUENTE: González Salcedo P, Chaves Reyes M. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Bogotá (Colombia), 11 (2): 47-76, julio-diciembre de 2009.

1. VALORACIÓN

Primera fase del proceso de enfermería y quizás es la más importante, debido a que todo el plan se deriva en la información aquí obtenida: el inicio y la base para el desarrollo de las siguientes etapas del PAE. Se concentra en las respuestas del paciente ante un problema de salud. Auxilia en la detección de los factores y las situaciones que originan la existencia de problemas presentes, potenciales o posibles, manifestando el estado de salud del individuo; inicia con la identificación del estado integral del paciente mediante la obtención de datos del paciente, los cuales, una vez organizados y analizados se clasifican en datos objetivos o subjetivos ayudando a la identificación del diagnóstico de enfermería.

Habitualmente, esta obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista, examen clínico, validación de datos.

1.1 OBSERVACIÓN

El profesional de enfermería tiene que desarrollar esta habilidad clínica de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto); y así llegar a un diagnóstico presuntivo o certero, para poder planear las intervenciones de enfermería.

Esta habilidad clínica debe emplearse desde el primer contacto con el paciente y a través de su estancia hospitalaria, describiendo detalladamente el estado de salud o enfermedad del paciente y el entorno físico o psicodinámico que le rodea.

Un aspecto importante de la observación es hacerlo con objetividad y no interpretar para no desviar la realidad con lo que se está suponiendo.

1.2 ENTREVISTA

Obtener información del paciente es el objetivo de esta herramienta. La entrevista como un diálogo organizado entre el profesional de enfermería y el paciente, donde debe de existir la empatía y la comprensión en este binomio, desarrollada en un entorno adecuado donde se eviten lo más posible las interrupciones y el ruido, con el fin de que la información se transmita adecuadamente. La entrevista puede ser formal o informal. La *entrevista formal* con un propósito concreto, el realizar la anamnesis del paciente conforme a su cosmovisión

sobre su patología. La *entrevista informal* diálogo entre enfermero y paciente durante el transcurso de los cuidados.

1.3 EXAMEN CLÍNICO

La observación es la protagonista para identificar la respuesta del paciente hacia la enfermedad que aqueja al paciente físicamente. Se puede realizar céfalo-podal, sistemas y aparatos o por parones funcionales; utilizando los métodos corrientes (inspección, palpación, auscultación, percusión), para investigar o ratificar en un individuo, las características anátomo-fisiológicas y de comportamiento significativo o manifestaciones anormales con respecto a lo normal. Debe de explicársele al paciente en que consiste el examen clínico y pedir su consentimiento para realizarse.

1.4 VALIDACIÓN DE LOS DATOS

El profesional de enfermería que realiza la fase de valoración, debe de tener una base actualizada de conocimientos son la base para una buena valoración sobre el estado biopsicosocial y espiritual de la persona enferma.

En la recogida de los datos es muy importante diferenciar entre los datos objetivos de los datos subjetivos:

TIPOS DE DATOS⁴

- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos subjetivos: son propios del paciente, no pueden ser medidos, es meramente lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe.
- Datos históricos-antecedentes: acciones que han ocurrido con anterioridad, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos actuales del problema de salud. Es básico ser organizado en la valoración, de forma que en la praxis, el profesional de enfermería adquiera un hábito que se traduzca en no omitir ningún dato, logrando obtener en el tiempo disponible la máxima información para la valoración de enfermería.

Existen varias fuentes para obtener datos e información de la persona enferma, incluyen al paciente como fuente primaria, como fuente secundaria su familia, los miembros del equipo de salud y los registros. .

2. DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Segunda etapa del proceso atención de enfermería, para su realización los profesionales de enfermería necesitan de habilidades y pensamiento crítico, para deducir en los datos recopilados durante la etapa de valoración, la detección de los problemas y los aspectos positivos del paciente. Las actividades que preceden a esta fase son la elaboración de los diagnósticos de enfermería, así como la planificación de las intervenciones, que es la fase siguiente.

DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO

“Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuos, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.” según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definición aprobada en la Novena Conferencia.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS³

Un diagnóstico puede ser de bienestar, real, riesgo, posible y síndrome.

- *Diagnóstico de enfermería real:* representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias identificables. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Problema del paciente presente en el momento de la valoración de enfermería.
- *Diagnóstico de enfermería de riesgo:* según el juicio clínico del profesional de enfermería sobre un individuo, familia o comunidad, no existe un problema; pero hay factores de riesgo que indican la probabilidad de que se presente un problema, a no ser que intervenga el profesional de enfermería.
- *Diagnóstico de enfermería de bienestar:* describe respuestas humanas al bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar y

alcanzar un mayor grado de bienestar. La enfermera puede deducir esta capacidad por los deseos manifiestos de la persona, familia o comunidad

- **Diagnóstico de enfermería posible:** Enciados que describen un problema sospechado. No son claras o son insuficientes las pruebas de que existe un problema de salud. Este tipo de diagnóstico requiere más datos para apoyarlo o refutarlo.
- **Diagnóstico de enfermería de síndrome:** Grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que aparecen como consecuencia de sucesos o circunstancias determinadas. Se asocian a un grupo de otros diagnósticos, donde la intervención de enfermería requiere la estandarización de los cuidados básicos que se les deben aplicar a estos pacientes.

Los diagnósticos de enfermería constan de tres componentes, cada uno con una finalidad concreta:

- a) El problema o la etiqueta diagnóstica,
- b) La etiología
- c) Las características definitorias.

a) **Problema (etiqueta diagnóstica) y su definición:** Describe el estado de salud del paciente, el problema de la salud o la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería que se le están proporcionando. Tiene como finalidad guiar la formulación de los objetivos del paciente; también puede sugerir algunas intervenciones de enfermería. Las etiquetas diagnósticas tienen que ser específicas e indicar el área en la que ocurre el problema.

b) **Etiología (factores relacionados y factores de riesgo):** Permite identificar una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería necesario y permite al profesional de enfermería individualizar el cuidado del paciente. Se plantean diferentes etiologías y, por lo tanto, las intervenciones de enfermería son distintas. Responde a la pregunta *¿por qué?*

c) **Características definitorias:** son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica. Para los diagnósticos de enfermería reales las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos; aquí los factores de riesgo

responsables de que el paciente presente una vulnerabilidad son los que constituyen la etiología del diagnóstico de enfermería de riesgo.

Las características definitorias se relacionan de forma separada, de acuerdo con su naturaleza objetiva y subjetiva.

3. PLANIFICACIÓN⁴

Consiste en el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación incluye las siguientes etapas:

- 1) Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
- 2) Determinación de objetivos o metas esperadas.
- 3) Planeación de las intervenciones de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o crear un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y compartamentales.
2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente definido de forma realista y mensurable, congruente con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigida a maximizar la autonomía del paciente.
3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.
4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

4. EJECUCIÓN

Cuarta fase del proceso atención de enfermería, es llevar a cabo las intervenciones de enfermería.

Durante el desarrollo de esta fase se necesita:

- 1) Validar: Buscar para validar el plan con fuentes apropiadas y con colegas expertos y otros miembros del equipo de salud.
- 2) Brindar cuidados de enfermería: Proceder a dar la atención como se planeó.
 - Mantener al día sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad.
 - Realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados.
 - Llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica.
- 3) Continuidad del cuidado: la ejecución, contribuye a la continuidad del cuidado del paciente, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería.

5. EVALUACIÓN

La última fase de este proceso, valora las respuestas del paciente con las intervenciones realizadas para comprobar el avance y cumplimiento de los objetivos propuestos.

La evolución consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos.
2. Revaloración del plan.
3. La satisfacción del paciente atendido.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON⁷

METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

El modelo de Virginia Henderson se clasifica en las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su vida.

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

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

A partir de esta definición, se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson **Metaparadigma:**

- **Persona:** Ser holístico, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.
- **Salud:** Es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- **Rol profesional:** Servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

-
- **Entorno:** Conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológicamente) y promover su desarrollo y crecimiento:

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura.
5. Necesidad de Descanso y Sueño.
6. Necesidad de Vestido.
7. Necesidad de Termorregulación.
8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.
9. Necesidad de Evitar Peligros.
10. Necesidad de Comunicarse.
11. Necesidad de Vivir según sus Creencias y sus Valores.
12. Necesidad de Trabajar y Realizarse.
13. Necesidad de Recrearse y Jugar.
14. Necesidad de Aprendizaje.

Las catorce necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificación en las restantes. Desde un punto de vista holístico. Esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado de un individuo como un todo.

SALUD

INDEPENDENCIA, DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia, y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener el estado óptimo de la propia salud. Cuando esto no es posible aparece la dependencia que según Henderson se debe a tres causas.

1. Independencia: capacidad de la persona para satisfacerse por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los criterios de independencia deben ser considerados con las características específicas de cada persona, las cuales varían de acuerdo a los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

2. Dependencia: esta puede considerarse en doble vertiente. Por un lado, es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades, y por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de la persona.

-
3. Las causas de dificultad: Obstáculos, lineamientos personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres:

- Falta de fuerza. Interpretemos a la fuerza no sólo como la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino también, como la capacidad de la persona para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- Falta de conocimientos. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad. Entendida como capacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación o ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus catorce necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

ROL PROFESIONAL.

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo el profesional de enfermería en el desarrollo de su propia función, según el nivel de dependencia identificados en el paciente.

Henderson analiza también la contribución de enfermería en el trabajo en equipo multidisciplinar, considerando que colabora con un grupo multidisciplinario así como estos colaboran con enfermería “en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de su muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”.

En relación al paciente, Henderson afirma que “todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esa persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado para él, ni coopera en su desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo”.

ENTORNO

Si se analiza el contenido del modelo de Henderson, vemos que menciona algunas veces de forma explícita y otras de forma implícita la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados, así pues, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las catorce necesidades básicas y de los factores que las influyen.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON LAS CATORCE NECESIDADES⁷

(BREVE CONTENIDO DE LAS NECESIDADES)

1. Necesidad de Oxigenación.

La valoración de esta necesidad pretende conocer la función respiratoria de la persona. Es por ello que, el Profesional de Enfermería deberá de averiguar los hábitos de la persona y planificar las intervenciones a desarrollar para satisfacer esta necesidad humana básica. Según el Modelo de Virginia Henderson, matiza que las/los enfermeras/os debemos de tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Así como, hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación dentro de esta necesidad. Los datos obtenidos de la valoración nos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con el objetivo de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes.

⁷ Alba Rosales MA, Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo MD. Et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Ed. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España. Recuperado: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración) del exterior el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida, y elimina (expiración) del interior los gases nocivos para la misma.

El intercambio gaseoso es el acto de la respiración que se realiza a dos niveles. Primero entre el organismo y el medio ambiente, y segundo al interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre.

VENTILACIÓN PULMONAR

Es el paso del aire atmosférico a los alvéolos pulmonares, el intercambio de gases en los mismos y el regreso posterior del aire a la atmósfera. Durante este proceso el aire pasa a través de los conductos nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquio y bronquiolos hacia los alvéolos, regresando por el mismo trayecto. En su paso a los pulmones, el aire se humedece, se calienta y se filtra (deteniendo microorganismos y materiales extraños) por acción del moco secretado, de los cilios que contiene la mucosa que recubre las vías respiratorias.

El oxígeno es transportado a las células del organismo por la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos de la sangre (eritrocitos), de tal manera, que la cantidad de oxígeno transportada depende de la cantidad de hemoglobina existente en un determinado volumen de sangre.

La frecuencia respiratoria normal en un adulto (eupnea) es de 16 a 20 respiraciones por minuto. En los lactantes varía de 30 a 50 y disminuye gradualmente hasta la edad de 10 a 12 años en que se iguala a la del adulto.

Los factores que pueden producir variaciones en la frecuencia respiratoria son: ejercicio, reposo, fiebre, nutrición e hidratación, postura, edad, sexo, estatura, emociones y hábitos.

Las causas más frecuentes de suministro insuficiente de oxígeno a las células (hipoxia), son las siguientes: la obstrucción de las vías respiratorias por infecciones o por secreciones producidas por enfermedades. Así mismo, la anemia, la pérdida de sangre aguda o crónica, y la insuficiencia circulatoria.

La inflamación de los órganos implicados en la ventilación pulmonar, pueden producir hipoventilación y/o disminución de la capacidad de la función de membrana respiratoria. La

inflamación puede ser ocasionada por: traumatismos, agentes químicos (humos, gases, alérgenos) y por microorganismos (virus, bacterias y hongos).

PRINCIPIOS

- Las células del microorganismo necesitan un aporte adecuado de oxígeno.
- Las células de la corteza cerebral pueden resultar lesionadas, si durante más de treinta segundos no reciben oxígeno, tales lesiones son irreversibles. Si el periodo de apnea se prolonga, sobreviene la muerte.
- La función del aparato respiratorio puede ser estimulada o deprimida por ingestión de medicamentos.
- Toser, deglutir y estornudar son mecanismos con los que se eliminan los materiales extraños de las vías respiratorias.
- Para una ventilación adecuada, el oxígeno que se encuentra en el aire debe ser puro y las vías aéreas estar permeables.
- Durante la inspiración el aire pasa a través de la nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios y bronquiolos, hasta los alveolos; en la espiración sigue el mismo camino pero inverso.
- La flexibilidad y la retracción pulmonar adecuada pueden verse afectada por edema, o por tumores que destruyen el tejido pulmonar.
- Cuando el paciente permanece demasiado tiempo en la cama, la misma posición comprime el tórax, limita la expansión torácica y por lo mismo impide el movimiento del aire a través de los pulmones.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo. La manera de satisfacer esta necesidad es muy variable según las culturas, las formas de vida, etc. e incluso puede variar, en una misma persona, por causas físicas, psicológicas o sociales, o

sencillamente por la edad, pero lo que es incuestionable es su necesidad para la vida y por ello, la correcta e imprescindible valoración por parte de enfermería.

Los factores que afectan a la nutrición de los pueblos son variados como:

- La disponibilidad de los alimentos que a su vez depende de las características ecológicas del lugar, las condiciones socioeconómicas y la demanda para la producción.
- El consumo, está dado por los hábitos alimentarios de la población. Son difíciles de modificar y requieren de una cuidadosa orientación sobre las deficiencias nutricionales que afectan a la población.
- La utilización. Los elementos nutritivos contenidos en los alimentos que ingieren pueden ser modificados por procesos infecciosos, parasitosis, etc, que interfieren en el proceso de la digestión.

Las sustancias nutritivas que contienen los alimentos, necesitan para su absorción en el intestino delgado de transformarse en moléculas simples que pueden atravesar la mucosa intestinal. Esta transformación se adquiere mediante el proceso de la digestión, la cual está comprendida en una fase mecánica y una química.

PRINCIPIOS

- Todas las células del organismo necesitan una nutrición buena.
- El apetito y la secreción salival y gástrica se modifican por estímulos agradables.
- El estómago se vacía de 3.5 - 4 horas, después de una comida normal y bien mezclada.
- Los carbohidratos se utilizan principalmente como fuente de energía.
- La grasa es el principal almacén de reserva alimenticia.
- Constantemente se necesitan proteínas para construir y reparar tejidos. Las que no se utilizan para reconstruir se oxidan y se utilizan para obtener energía.
- El Ca, Na, K, I, P, Fe, son importantes para el funcionamiento celular.

-
- Las vitaminas son sustancias que favorecen la utilización de los nutrientes en el organismo.
 - Los nutrientes proporcionan la energía que requiere el organismo para realizar sus procesos orgánicos diarios.

CARACTERÍSTICAS DE UNA BUENA DIETA

- Completa en nutrientes: proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua.
- Equilibrada en sus diferentes nutrientes, es decir, que contenga las cantidades necesarias de los diferentes nutrientes.
- Suficiente en su valor calórico, que contenga las cantidades que requiere el organismo para su funcionamiento normal.
- Adecuada al momento fisiológico que vive el individuo.
- Pura, libre de sustancias patógenas.

FACTORES QUE AFECTAN LAS NECESIDADES NUTRICIONALES

- La edad, que se relaciona estrechamente con el patrón de crecimiento.
- Sexo, los requerimientos de nutrientes son mayores en el hombre que en la mujer, excepto el hierro.
- La actividad, a mayor actividad física mayor requerimiento calórico.
- Clima, el clima frío requiere de mayor aporte calórico.
- En el embarazo y lactancia, aumentan las necesidades de nutrientes hasta un 20%.
- Estado de salud, aumentan las necesidades de algunos nutrientes.

HIDRATACIÓN

El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano. El cuerpo de un recién nacido está constituido por un 80% de agua y en el adulto de un 45-60%.

El agua corporal está localizada en los espacios intracelulares, en proporción de 2/3 partes, y en espacio extracelular en 1/3 parte.

En estado normal hay un equilibrio entre la ingestión (2100-2900 ml) y la pérdida de agua, este se mantiene mediante una serie de fuerzas que controlan la salida y la entrada, entre los diferentes espacios del organismo para conservar así, una cantidad adecuada en cada uno de ellos, entre estas fuerzas se encuentran principalmente, la presión hidrostática de la sangre impulsada por el corazón y la presión osmótica producida por las electrolíticos y las proteínas plasmáticas.

La sed es el deseo consciente de ingerir agua y es el mecanismo regulado del ingreso de líquidos al organismo.

FACTORES QUE AFECTAN EL EQUILIBRIO HÍDRICO.

- Ingreso suficiente, porque no hay líquidos suficientes, hay problemas en la deglución, por presencia de náuseas y vómito.
- Pérdida excesiva de líquidos, por vómito o diarrea, porque se realiza aspiraciones gástricas, por drenaje de una fístula.
- Sudoración excesiva, cuando hay fiebre, la temperatura ambiente es muy alta, trabajo físico intenso.
- Por presencia de patologías, diabetes insípida, diabetes mellitus, enfermedad de Addison, enfermedad renal, hemorragias y quemaduras extensas.

3.- Necesidad de Eliminación.

El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel (sudor, transpiración), respiración pulmonar y la menstruación. La valoración de la necesidad pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona (eliminación intestinal, vejiga, piel, menstruación, etc.) Describe la función y los aspectos relacionados con ella. Los datos obtenidos de la valoración nos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con objeto de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes.

FACTORES QUE MODIFICAN LA ELIMINACIÓN FECAL

- Edad: generalmente entre los dos y tres años los niños aprenden a controlar la eliminación. Los ancianos tienen cambios que pueden afectar la evolución intestinal; como la atonía (falta de tono muscular normal) de los músculos del colon y abdominales, lo que disminuye la presión que se ejerce durante la evacuación intestinal.
- Dieta: es necesario ingerir suficiente fibra en la dieta, para formar el volumen fecal. Comer en horarios irregulares altera la evacuación fecal.
- Ejercicio: es importante para mantener el tono muscular. La actividad estimula el peristaltismo, facilitando el movimiento del quimo a lo largo del colon.
- Factores de estrés psicológico: cuando las personas están ansiosas, tienen miedo o disgusto, puede haber una modificación en la actividad peristáltica y estreñimiento o diarrea.
- Estilo de vida: disponer de facilidades para ir al baño, tener el hábito de defecar a horas regulares en que se dispone de tiempo. El paciente hospitalizado carece de intimidad.
- Medicaciones: algunos fármacos tienen efectos colaterales que interfieren con la eliminación normal. Unos producen diarrea, otros (como codeína y morfina) producen estreñimiento. Los laxantes son medicamentos que estimulan la función intestinal y ayudan a la eliminación.

CARACTERÍSTICAS NORMALES EN LAS HECES FECALES

- Color: son de color marrón, el cual está dado por la estercobilina, derivada de la bilirrubina, pigmento amarillo de la bilis. Los medicamentos y alimentos pueden alterar el color.
- Consistencia: son blandas y contiene alrededor de un 75% de agua, si la persona tiene una ingesta adecuada de líquidos, el otro 25% es de sólidos.
- Configuración y olor: tienen la configuración del recto, el olor es característico, si hay un cambio en estas características se debe notificar.

ELIMINACIÓN POR APARATO URINARIO

Las vías urinarias están formadas por dos riñones, dos uréteres, la vejiga y una uretra. El volumen de orina excretada en 24 horas es variable. Se define como volumen urinario menor de 1 ml/kg/h en menores de 1 año e inferior a 0,8 ml/kg/h (o < 500 ml/día/1,73 m²;) en el paciente de mayor edad.⁸

FACTORES QUE AFECTAN LA ELIMINACIÓN

- Los alimentos ricos en proteínas y sodio retienen líquidos, por lo tanto disminuyen la formación de orina.
- El café aumenta la formación de orina.
- La cantidad de ingesta de líquidos; a mayor ingesta, mayor formación de orina.
- La actividad física: a mayor actividad, mayor metabolismo corporal y mayor producción de orina.
- Estrés. Cuando la persona sufre ansiedad puede aumentar la necesidad de micción.
- La fiebre y la transpiración abundante disminuye la producción de orina por la pérdida de líquidos a través de la piel.
- La disponibilidad de servicios sanitarios y tiempo para la satisfacción de esta necesidad.
- Algunos medicamentos alteran la cantidad de eliminación y su color.

CARACTERÍSTICAS NORMALES DE LA ORINA

- Es transparente de color paja o ámbar.
- Olor tenue, aromático (propio).
- El pH es ligeramente ácido.

⁸ Martín-Govantes J. Insuficiencia renal aguda. An Pediatr Contin. 2006;4:151-8 - Vol. 4 Núm.3 DOI: 10.1016/S1696-2818(06)73604-6. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/insuficiencia-renal-aguda/articulo/80000184/>

4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.

La Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas es, según Virginia Henderson, un requisito fundamental e indispensable para mantener la integridad de la persona, entendida como la armonía en todos los aspectos del ser humano.

Cuando se usa el término mecanismo corporal, nos referimos a los movimientos corporales eficaces, usados por las personas para mover a otras o mover objetos también los utilizamos cuando estamos en un estado de reposo o de actividad; estando de pie, sentado o acostado.

Una buena postura mejora la salud y brinda buena presencia a nuestro cuerpo. Una práctica correcta en la mecánica corporal es esencial para que los profesionales en enfermería prevengan lesiones durante su praxis.

El equilibrio corporal se ve favorecido cuando hay una buena alineación corporal, estos dependen de los siguientes:

- Una base de apoyo que brinde estabilidad al cuerpo.
- Un centro de gravedad que este dentro de la base de apoyo.
- Una línea de gravedad que vaya desde el centro de gravedad a la base de apoyo.

Cuando la línea de gravedad y el centro de gravedad están fuera de base de apoyo, el cuerpo esta desequilibrado y forzado. El equilibrio es un estado de contrapeso en donde las fuerzas opuestas contrarrestan a las demás fuerzas.

El equilibrio corporal se mantiene:

- Ensanchado la base de apoyo, o sea, extendiendo los pies a cada lado.
- Bajando el centro de gravedad y llevándolo más cerca de la base de apoyo, o sea, flexionando los pies y rodillas.

Una correcta práctica de mecánica corporal es básica en el trabajo diario de la enfermería, principalmente al ejecutar las técnicas que auxilian a los pacientes a moverse y en las que se necesitan levantar y transportar objetos pesados.

PRINCIPIOS DE MECÁNICA CORPORAL.

-
- Los músculos grandes se fatigan más rápido que los pequeños.
 - El grado de fuerza necesaria para mover un cuerpo depende de su resistencia y de la fuerza de gravedad.
 - Los cambios de actividad y posición ayudan a conservar el tono muscular y evitan la fatiga.
 - La fricción entre un objeto y la superficie en que se mueve influyen en la cantidad de trabajo necesario para moverlo.
 - Tirar o deslizar un objeto, requiere menos esfuerzo que levantarlo, porque aquí interviene la fuerza de gravedad.

5. Necesidad de Descanso y Sueño.

Se puede conceptualizar como la capacidad de una persona para lograr dormir, relajarse o descansar en el transcurso del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del descanso y sueño, así como la percepción del nivel de energía diurna. Los humanos tenemos la necesidad de dormir y descansar durante toda la vida, pues es de gran importancia recuperar la energía perdida en la realización de las actividades de la vida diaria para mantener la salud. Sin sueño ni descanso, la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas se altera y va disminuyendo, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño se ve aumentada, pues la situación implica un gasto adicional de energía. Con nuestra valoración, debemos describir la capacidad de la persona en cubrir esta necesidad, con el fin de intervenir eficazmente sobre un patrón ajustado que permita a la persona una adecuada interrelación con su entorno.

El descanso físico y mental son necesidades básicas en el ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo con condiciones favorables para lograr satisfacer sus necesidades de descanso y sueño lo cual es muy importante para tener un correcto funcionamiento en su organismo.

El descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorezca a la relajación. El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones, de estrés o de ansiedad.

El paciente que ingresa a un hospital se encuentra con un ambiente físico desconocido por ejemplo los muebles, la ropa y utensilios así como con las personas con quienes comparte este ambiente. En tales condiciones el paciente siente mayor confort y seguridad, cuando comprueba que el personal de enfermería lo acepta acudiendo en su ayuda cuando lo requiere.

SUEÑO

Es un estado de inconsciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados. El sueño se caracteriza por una mínima actividad física: niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos corporales y disminución de la respuesta a estímulos externos.

El sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día.

FACTORES QUE AFECTAN EL REPOSO Y SUEÑO

- Alteración de costumbres o posturas que afectan los patrones de reposo y sueño.
- Estimulación psíquica excesiva, un día lleno de impresiones dificultaran el sueño.
- La indigestión, puede interferir en el sueño.
- El ruido y el dolor pueden despertar a la persona y alterarla de tal modo, que ya no podrá conciliar al sueño.

6. Necesidad de Vestido.

Necesidad de proteger al cuerpo de acuerdo al clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular, etc.), suficientes para ponerse y quitarse las prendas de vestir. La forma de vestir es parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.

La forma de vestir, es parte de la cultura en la que vivimos, y nos hemos desarrollado. Los rasgos culturales son más firmes en las personas que viven en zona rural, las cuales no

cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia, son más conservadores. Mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso.

Las personas de zona urbanizada, visten según las normas sociales y cambian según las estaciones del año y la moda. Respecto al arreglo personal es más completo y complicado.

Generalmente al ingresar un paciente al hospital el profesional de enfermería le pide que cambie su ropa de calle por la del hospital. El arreglo personal es limitado pero deberá animarse al paciente en su arreglo personal ya que le ayudara a tener mejor estado de ánimo. Esto es muy importante cuando el paciente se ha sometido a tratamiento que afecta su apariencia externa como quimioterapias.

DIFICULTADES PARA VESTIRSE

- Las personas ancianas o con limitaciones temporales debido a fracturas u otro tipo de lesiones, se ven imposibilitadas para vestirse y esperan que el personal de enfermería o familiar le auxilien.
- Los pacientes inconscientes o con limitaciones importantes necesitan que el personal de enfermería les ayude en todo lo que se refiere a las medidas de higiene y arreglo personal.

7. Necesidad de Termorregulación.

Se refiere a la necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales, adecuando la ropa según el clima y modificando el ambiente. Se persigue promover la salud a través del actuar ante las alteraciones de temperatura corporal relacionadas con enfermedades y prevenir complicaciones derivadas de éstas.

La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción; es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado.

FACTORES QUE ALTERAN LA TEMPERATURA CORPORAL

- La edad: en los niños fluctúa entre 36.1 y 37.7°C. En niños de 2 años es de 37.2°C. En los adultos es de 36.5 a 37°C. En los ancianos es de 36°C.

- La hora del día: el punto más alto es entre las 16:00 y las 20:00 hrs y el mínimo durante el sueño.
- Las emociones: como enojo y la ira, la aumenta por la estimulación del sistema nervioso simpático y la depresión por lo contrario la disminuye.
- El ejercicio: se eleva con la actividad muscular, el ejercicio muscular intenso la puede elevar hasta 2°C, la cual disminuye al interrumpirlo.
- Ingestión de líquidos fríos o calientes: la disminuye o la eleva.
- El ambiente: la temperatura corporal varía según el clima.
- Las enfermedades: las infecciones, las neoplasias y los trastornos metabólicos la aumentan.

PRINCIPIOS

- La temperatura fluctúa entre 36.1 y 37.7°C según la edad.
- Cuando la temperatura se eleva por arriba de 41°C (hiperpirexia) se produce degeneración celular y ocurren hemorragias cerebrales, en este caso el daño cerebral es permanente por que las células nerviosas no se regeneran.
- La hipotermia también puede causar daño cerebral, porque deprimen los procesos metabólicos.
- Los mecanismos que regulan el calor no se encuentran totalmente desarrollados el nacimiento, por esta razón hay variaciones marcadas en la temperatura en el primer año de vida.

Temperatura normal en el adulto

Rectal_____37.5°C

Oral_____37°C

Axilar_____36.5°C

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud que presenta la persona. Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. Por otro lado, es imprescindible procurar mantener una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo. Con nuestra valoración, pretendemos conocer la idoneidad de la higiene de la persona, la independencia para su ejecución y evaluar el estado de la piel y mucosas.

Es conveniente que consideremos nuestro organismo como un delicado mecanismo de precisión, que se debe conservar con el máximo cuidado, para que responda plenamente a nuestros requerimientos.

FUNCIONES DE LA PIEL

- Constituye una eficaz barrera contra las agresiones del ambiente.
- Protege contra el frío intenso y en altas temperaturas impide la pérdida excesiva de líquidos por evaporación.
- Las capas conjuntivas protegen de los golpes al constituir un colchón en las articulaciones y prominencias óseas.
- El tejido elástico favorece la cicatrización de pequeñas heridas.
- La sensibilidad al dolor, es útil como aviso para evitar lesiones mayores o bien para detectar patologías internas.
- La piel intacta, no permite la entrada a los microorganismos.

FACTORES QUE AFECTAN EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA PIEL

- La desnutrición proteica.
- Alteración para una buena circulación.
- Hidratación no suficiente ni adecuada.

-
- La deficiente higiene de piel y sus anexos.
 - La exposición prolongada a los rayos solares.
 - La humedad prolongada en partes del cuerpo.
 - La falta de movilidad o cambio de postura.
 - La disminución de sensibilidad.
 - La presencia de secreciones.

9. Necesidad de Evitar Peligros.

La persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas. Tienen importancia tanto los aspectos que se relacionan con factores medioambientales que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones para mantenerla, como los sentimientos y emociones asociados a una situación de peligro, la capacidad para afrontarla, cómo identifica las dificultades o cómo cree que puede evitarlas, disminuirlas o solucionarlas.

Los accidentes resultan un grave social, económico y de salud. Son causa de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta a la economía familiar y nacional.

Muchos accidentes pueden prevenirse tomando en cuenta ciertas medidas prudenciales sencillas, que debemos hacer parte de nuestro vivir cotidiano.

Se puede afirmar que la prevención de accidentes, es parte del quehacer de enfermería, porque como personal de salud y como ciudadanía, compete formar parte en la tarea de dar educación para que haya una mejor salud en las personas y en la sociedad global.

Los accidentes pueden ocurrir en el trabajo, en la vía pública, en la escuela y en la casa, etc.

ACCIDENTE

Es cualquier suceso que ocurra inesperadamente y sin intención, cuyas consecuencias son negativas para la salud e integridad de las personas que lo sufren.

FACTORES QUE AFECTAN LA SEGURIDAD

- Si los sentidos del cuerpo funcionan normalmente, informaran al individuo sobre los peligros que existen en el medio ambiente.
- La edad afecta la capacidad para percibir e interpretar los estímulos sensoriales del medio ambiente y para decidir protegerse de los estímulos perjudiciales. los niños y los ancianos son los más vulnerables para sufrir accidentes.
- Las enfermedades hacen a las personas más vulnerables a accidentes y lesiones.
- El desconocimiento del ambiente del hospital lo hace más propenso a accidentes.
- Un medio ambiente seguro en el hospital requiere de: temperatura y humedad apropiada, correcta iluminación, ruidos moderados, excelente higiene, etc.

10. Necesidad de Comunicarse.

El ser humano por naturaleza siente la necesidad de comunicarse y relacionarse con otros, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre estas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor. Para la persona es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológica. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido se debe valorar el equilibrio entre la soledad - interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja, etc., teniendo en cuenta la accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación y estímulos.

La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben, ideas, emociones e informaciones entre personas y grupos de personas. Comprende todos los mecanismos por medio de los cuales se relacionan las personas.

El poder comunicarse positivamente con las demás personas y recibir información de los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de vida, porque la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas.

El medio y el canal para recibir información del ambiente externo son los sentidos corporales. En el campo de la enfermería la comunicación es un medio, por el cual, el profesional de enfermería puede mantener una relación terapéutica con el paciente.

ELEMENTOS DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN

Para que haya comunicación es necesario que exista un emisor, que envía un mensaje y un receptor, que responde a dicho mensaje. Otros elementos importantes son la forma (medios que se utilizan para la comunicación), el contenido (es el objeto de la comunicación) y el ruido (son interferencias que impiden que la comunicación lleguen a su destino).

FACTORES QUE AFECTAN LA COMUNICACIÓN

- Autoestima baja: la cual depende de los mensajes que recibamos en los primeros años de vida. La persona que no se ama se vuelve egoísta. La autoestima es la base y centro del desarrollo humano. “Sólo se podrá respetar a los demás cuando se respeta a uno mismo; sólo podremos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos, sólo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismos” (Abraham Maslow).

Para liberarnos de las experiencias negativas y de las cadenas que nos impiden ser seres libres, integrados y responsables: debemos iniciar el proceso que nos lleve a aumentar nuestra autoestima. Para lograrlo es necesario seguir el siguiente proceso:

1. Autoconocimiento. Para avanzar en el conocimiento personal, implica tomar conciencia del yo consciente y trabajar con las partes desconocidas o inconscientes del mismo, para tratar de conocer más y mejor. Norris describe el autoconocimiento como “el proceso de mirarse a uno mismo, los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, habilidades y conductas, en el pasado, presente y futuro, en un camino abierto y honesto”.
2. Autoconcepto. Dale a un hombre una autoestima pobre y acabará siendo un siervo” (R. Schiller). El autoconcepto es una serie de creencias acerca de si mismo, que se

manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto actuara como tonto, y en caso contrario si se cree apto, actuara como tal.

3. Autoaceptación. Consiste en admitir todas las partes de sí mismo como un todo; la forma de ser y sentir, la historia personal, el ambiente socio-económico, los valores, limitaciones, errores y aciertos. El que se acepta así mismo es capaz de aceptar a los demás como son.
 4. Autorespeto. Consiste en atender y satisfacer las propias necesidades, comprende el proceso de desarrollo personal sin presionarlo, acepta sentimientos y emociones sin hacerse daño ni culparse. Buscar todo aquello que le ayude a valorarse según su dignidad humana.
 5. Autoestima. Es la síntesis de las etapas anteriores, si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; si se acepta y respeta, tendrá autoestima.
- La emotividad: es la percepción de las cargas afectivas de efectos opuestos como la tristeza, alegría.
 - La capacidad de los sentidos corporales: la capacidad del paciente para hablar, oír, ver y comprender, afecta positivamente, el proceso de la comunicación.
 - Exceso de palabras en el mensaje.
 - Las actitudes: que se pueden denominar negativas como la superioridad, la ausencia de interés, etc.

11. Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores.

Ésta necesidad persigue atender a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos unos valores y creencias para poder desarrollarnos como tal.

Además posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo. Existen necesidades que aparentemente no son necesidades de primer orden, posiblemente

por carecer de una vinculación con necesidades físicas para el mantenimiento de la vida, sin embargo ayudan a que la persona mantenga una interrelación con su entorno, un equilibrio y un estado óptimo de salud. Podemos así entender que la necesidad de vivir o adoptar estilos de vida saludables según unos valores y creencias es más una necesidad psicológica o espiritual que fisiológica. Ésta necesidad debe ser satisfecha por parte del personal de enfermería desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a que ésta necesidad adquiere más importancia en momentos de enfermedad y podría constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar y adaptarse a su situación actual y futura.

RELIGIÓN

Son las relaciones que el hombre tiene en su creador, el culto que se tributa a la divinidad. La iglesia católica siempre ha procurado que los enfermos, aunque no estén graves, sean atendidos en sus necesidades espirituales. Recomienda que, no sólo se procure a los enfermos la atención médica, también se les debe procurar el alivio espiritual en su enfermedad, con la recepción de los sacramentos: de la reconciliación.

LOS VALORES

Es aquello que conviene a la persona humana. Los valores se encuentran depositados en los seres o cosas y se nos presentan como actualidades de la misma.

Generalmente elegimos un bien, porque creemos que es bueno para nosotros y se nos presenta en forma apetecible o agradable.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Trabajar es una forma de auto-expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide, como requerimiento fundamental para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza este de acuerdo con: la vocación, aptitudes, interés y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable y tedioso que la persona trata de evitar.

Virginia Henderson afirma *“si durante demasiado tiempo privamos a una persona de lo que más valora -amor, una ocupación fructífera- esta situación suele ser peor que la que provoca la enfermedad que intentamos curar”*.

El trabajo desde el punto de vista que se le vea, puede ser algo gratificante, emocionante y factor de desarrollo personal o por el contrario una tarea que se debe cumplir, porque si no se hace, se recibe un castigo.

Unido al trabajo está el salario que es la retribución o pago, por el tiempo, esfuerzo y dedicación empleando en el desarrollo de éste.

El trabajo debe ser gratificante y remunerado de tal modo que se den al hombre posibilidades de que él y los suyos vivan dignamente su vida en lo material, social, cultural y espiritual teniendo en cuenta la tarea y la productividad de cada uno, así como las condiciones de la empresa y el bien común.

LA ELECCIÓN DE UNA PROFESIÓN

Un factor importante para sentirse bien en un determinado trabajo, es que se encuentre satisfacción al realizarlo y exista en la persona una inclinación o gusto hacia esa actividad.

Por otro lado que se sienta con las aptitudes necesarias para este trabajo. “la elección de una ocupación es un acto expresivo que refleja la motivación, el conocimiento la personalidad y la capacidad de la persona”.

AUTORREALIZACIÓN

Es el logro y expresión plenos y completos de las capacidades de la persona:

- La autoaceptación y capacidad de percibir la realidad sin deformaciones o puntos ciegos.
- La espontaneidad en el pensamiento y la conducta.
- El constante interés por el bien de la especie humana.
- Gran aprecio por las experiencias de la vida, las capacidades de establecer relaciones profundas y satisfactorias con unas cuantas personas.

Maslow al describir los rasgos de las personas auto actualizadas, esto es, de quienes han madurado en convertir en acto sus potencialidades para el crecimiento personal.

Estas personas tienen para los seres humanos en general un profundo sentimiento de identificación, simpatía y afecto. Por este motivo, poseen un sentido auténtico de ayudar a la humanidad.

Características de la persona no realizada en el trabajo

- El hastío, desgano e indiferencia para los asuntos de su profesión.
- Le da más importancia a actividades de tipo social o artístico, en las que sobresale.
- Con frecuencia llega tarde o falta.

“La satisfacción o no satisfacción de un profesional estriba en el acoplamiento entre lo que la profesión exige y lo que el hombre puede dar en sí.”

13. Necesidad de Recrearse y Jugar

Es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa, es necesario distinguir entre pasatiempo, recreación y ocio.

- Pasatiempo. es la actividad que entretiene pero no favorece el descanso, ni el crecimiento personal.
- Recreación. Es la distracción, entretenimiento o placer.
- Ocio. Descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

Como se puede comprender este último es el significado más amplio para las actividades recreativas, podemos decir que al ocio pertenecen las obras de arte y todas las actividades manuales.

El ser humano tiene Necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionándole un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta Necesidad.

La capacidad de asombro y curiosidad se relacionan íntimamente, con la creatividad y la conciencia de sí mismo y del propio valer.

Todas las personas tenemos la capacidad para la creatividad, lo podemos comprobar en toda la gama de juegos y artesanías elaborados por los artesanos, que hacen verdaderas obras de arte, con los instrumentos de trabajo más indispensables y de la naturaleza manual.

14. Necesidad de Aprendizaje.

Con esta necesidad se pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje.

Un estado saludable es indispensable para alcanzar una vida plena en todos los aspectos que conforman a la persona.

Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva.

En cambio el desconocimiento sobre el cuidado de la salud, solo conduce al descuido de la enfermedad. Con demasiada frecuencia podemos ver que el paciente pediátrico y el adulto, ya están en un estado avanzado de la enfermedad cuando empieza a recibir la atención médica.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Sebastián, lactante menor masculino de 2 meses de edad; nació en Junio del 2016, en Oaxaca.

❖ ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Madre de 31 años de edad, con obesidad grado II, escolaridad licenciatura, ocupación docente, niega toxicomanías, grupo y Rh O+, niega enfermedades crónico degenerativas.

Padre de 27 años de edad, con obesidad grado I, escolaridad licenciatura, ocupación mecánico, alcoholismo ocasional, tabaquismo negativo, grupo y Rh A+, niega enfermedades crónico degenerativas cuenta con hermano de 6 años de edad aparentemente sano.

❖ DATOS DE VIVIENDA.

Vivienda propia; con materiales perdurables, ubicación de vivienda en zona urbanizada.

❖ ANTECEDENTES PRENATALES.

Producto de la gesta 2, control prenatal desde el primer trimestre de gestación con consultas a los 2°, 3°, 5°, 6° y 8° mes de embarazo. Amenaza de aborto a las 4 semanas de gestación por la enfermedad vírica Chikungunya, y presenta infección de vías urinarias y diabetes gestacional manejada con medidas higiénico dietéticas. A las 36 semanas de gestación presenta oligohidramnios.

❖ ANTECEDENTES PERINATALES.

Nace a las 37 semanas de gestación, en Hospital Regional de Oaxaca, parto distócico por cesárea, Apgar de 9/9, peso de 3,0 kg, talla 51 cm, PC, PA y PT se desconocen. Egresada en binomio a las 24 horas posteriores a su nacimiento sin complicaciones aparentes.

❖ PADECIMIENTO ACTUAL

Lactante menor de 2 meses de edad, inicia padecimientos a los 18 días posteriores a su nacimiento encontrándose con polipnea, fiebre y baja ganancia ponderal. Actualmente se encuentra en la Terapia Intensiva Pediátrica con los siguientes Diagnósticos médicos: Canal

auriculo-ventricular tipo A según clasificación de Rastelli, acidosis metabólica descompensada y klebsiella

LABORATORIOS

Martes 03 de Mayo del 2016.

LABORATORIOS SANGUINEOS			
QUIMICA SANGUINEA 3 ELEMENTOS			
EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	UNIDADES
GLUCOSA	93	74-106	mg/dL
BUN	46	9.00-23.00	mg/dL
CREATININA	2.19	0.50-1.30	mg/dL
UREA	115	99-109	
ELECTROLITOS SÉRICOS			
SODIO	147	132-146	mEq/L
POTASIO	4.8	3.5-5	mEq/L
CLORO	118	99-109	mEq/L
CALCIO	5.8	8-10.5	mEq/L
FÓSFORO	4.0	3.8-6.8	mEq/L
MAGNÉSIO	1.8	1.5-2.0	mEq/L
ALBÚMINA	2.7	3.9-5 g/dL	g/dL
PERFIL DE COAGULACION			
INR	2.16	0.9-1.3	
TIEMPO DE PROTOMBINA	13.0	11-15	Seg
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	34.8	25-33	Seg
BIOMETRIA HEMATICA			
LEUCOCITOS	3.33	5.00-10.00	miles/mm ³
ERITROCITOS	5.33	4.20-5.40	millones/m
HEMOGLOBINA	9.7	12.00-10.00	g/dL
HEMATOCRITO	29.5	37.00-47.00	%
PLAQUETAS	99	150.000-450.000	miles/mm ³
NEUTROFILOS	2.48	1.40-6.50	miles/mm ³
LINFOCITOS	0.30	0.10-3.40	miles/mm ³
MONOCITOS	0.34	0.10-0.60	miles/mm ³
EOSINOFILOS	0.02	0.00-0.70	miles/mm ³
BASOFILOS	0.02	0.00-0.20	miles/mm ³
GASOMETRÍA ARTERIAL			
PO2	79	75-100	
PCO2	36	35-45	
Ph	7.30	7.35-7.45	
HCO3	19	24-26	mEq/dL

VALORACIÓN POR NECESIDADES.

OXIGENACIÓN

Sebastián se observa con palidez en tegumentos, cánula orotraqueal 3.5 Fr fijada a 10 cm instalada el 12 de Mayo del 2016 al segundo intento, ventilador en modo A-C, extremidades superiores e inferiores con llenado capilar de 3 segundos, pulsos periféricos palpables, frecuencia respiratoria 35 por minuto, ritmo regular, amplitud normal en distensión de la caja torácica y de la pared abdominal, a la auscultación hay presencia de crepitantes en la base de ambos pulmones, ritmo cardiaco con frecuencia de 117 latidos por minuto. Presenta pupilas isocóricas. Ramsay 5.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Se observa a Sebastián con baja ganancia ponderal 3.100 kg y talla 52 cm, a sus dos meses de vida, tegumentos pálidos, mucosa oral hidratada, costillas y escápulas prominentes, aún no hay presencia de erupción dentaria. Glicemia capilar de 93 mg/dl, presenta sonda nasogástrica instalada el 04 de Mayo del 2016 para administración de medicamentos vía oral y fórmula Pre-Nan 8 ml cada 3 horas, catéter venoso central trilumen yugular en hemitórax derecho, instalado el 29 de Mayo del 2016 en el cual se le ministra en lumen proximal infusión a dosis respuesta de Adrenalina 0.7 mg aforado a 24 ml en Solución Salina al 0,9%, en lumen medial infusión a dosis respuesta de Milrinona 3.1 mg aforado a 24 ml en Solución Salina al 0.9 %. Lumen distal cerrado disponible para ministración de hemoderivados o toma de muestras sanguíneas. Catéter venoso Central trilumen Femoral Izquierdo instalado el 01 de Mayo del 2016 en el que se ministra en lumen proximal una *Solución Compuesta*: Solución glucosada 50% 12 ml, Solución glucosada 10% 15 ml, Concentrado de Sodio al 17.7% 1.7ml, Bicarbonato de Sodio 2 mEq, Albúmina al 25% 2 ml. En lumen medial infusiones a dosis respuesta: Midazolam 7.5 mg aforado a 12ml de Solución Glucosada al 5%, Fentanyl 75 mcg aforado a 12 ml en Solución Glucosada al 5%, Heparina 186 unidades aforada en 6 ml Solución Salina 0.9%. Lumen distal cerrado disponible para ministración de medicamentos intravenosos. A la auscultación hay disminución de movimientos y ruidos peristálticos. No hay existencia de náuseas o vómitos,

ELIMINACIÓN

Por el daño cardiaco que presenta Sebastián existe hipoperfusión renal por lo que se da Terapia Sustitucional Renal mediante baños de diálisis peritoneal, catéter tenckhoff instalado el 01 de Mayo del 2016; Solución de diálisis al 1.5%, 78 ml en cavidad 2 horas (2 veces) al tercer baño introducir en cavidad solución de diálisis al 2.5% por 3 horas (1 vez), se encuentra en el baño número 269 con balance de -5497 al día de la valoración. Sonda Foley a derivación con gasto urinario de 40 ml a las 24 horas color amarillo ámbar. Presenta una evacuación al día de 3 gr de consistencia dura, café oscuro, no fétida. No hay presencia de flatulencias. Abdomen globoso a expensas de líquido dializante. Disminución de movimientos y ruidos peristálticos. Pérdidas Insensibles: $3 \times 7 \times 0.5 = 10.5 \text{ml}$. Se forma edema extravascular en espalda de acuerdo a la posición en la que se encuentre, miembros torácicos y pélvicos (+), testículos (++)

MOVILIDAD Y POSTURA

Sebastián presenta pérdida de fuerza y tono muscular debido a baja ganancia ponderal además que se encuentra bajo sedación por lo que su movilización se encuentra limitada. Escala Braden 10/16.

REPOSO Y SUEÑO

Existe alteración en la necesidad del sueño debido a la sedación en la que se encuentra. El lugar donde duerme y descansa es en la cuna térmica, del servicio de terapia intensiva pediátrica. Ramsay 5.

VESTIDO

Gorros, calcetas, guantes térmicos y cobijas de algodón son las prendas permitidas que Sebastián porta.

TERMORREGULACIÓN

Se encuentra Eutérmico durante la valoración manejando temperaturas de 36°C a 37°C.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Higiene Corporal: La frecuencia del baño que se le brinda a Esteban en la UTIP es diaria, en su evacuación se le da higiene genital.

Alteraciones o lesiones de la piel: Presenta petequias en región torácica y abdominal, hematomas por multipunciones en miembros torácicos, rozadura en región anal, herida quirúrgica cerrada con sutura, sin rastro de infección, en proceso de cicatrización situada en línea media clavicular entre el 5° y 6° espacio intercostal debido a drenaje por la ventana cardiaca realizado el 13 de Mayo del 2016, se retira el drenaje el 16 de Mayo del 2016.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Los padres de Sebastián están enterados de las medidas preventivas para evitar todo tipo de accidentes y prevenir infecciones cruzadas con medidas de aislamiento. La visita familiar es de 15 minutos una vez por turno. Sebastián reacciona a estímulos externos y dolorosos intentando abrir los ojos, cuando se tiene comunicación con él para explicarle el procedimiento que se le realizará, presenta expresiones en su rostro de irritabilidad.

Las medidas de seguridad personal y de su entorno se basan en el reglamento de la institución por citar alguna tales como las metas internacionales y cinco correctos. Padres de Esteban niegan que el padezca alguna reacción alérgica a medicamentos, alimentos y/o ambientales. Inmunizaciones BCG y Hepatitis. Escala de Braden 10/16.

Fármacos prescritos: Gluconato de Calcio 100 mg IV c/8 hrs pasar en 20 minutos, Omeprazol 3 mg IV c/12, Levofloxacino 30 mg IV c/48 hrs diluido en 6 ml pasar en 1 hora. (8), Levotiroxina 25 mcg SOG c/24 hrs en ayuno, Vitamina K 1.5 mg IV c/3° día, Hipromelosa 0.5% Oftálmico 2 gotas en cada ojo c/4 hrs, Paracetamol 30 mg IV c/8 hrs previa valoración médica, Eritropoyetina 155 unidades IV Domingos, Martes y Jueves, Metoclopramida 0.4 mg IV c/8 hrs, Anfotericina convencional 1.5 mg IV diluidos en 15 ml Solución Salina 0.9% c/ 24 horas pasarlo en 6 hrs (2) con previa premedicación de Hidrocortisona 3 mg y Difenhidramina 3 mg IV.

Inhaloterapia: Combivent 0.2 ml diluidos en 2.5 ml de Solución Salina 0.9% MNB c/6 hrs. Budesonida 0.250 mg sin diluir MNB c/8 hrs.

COMUNICACIÓN

La comunicación de la familia y personal sanitario con Sebastián (paciente ventilodependiente) presenta dificultades porque el paciente se encuentra en situación de dependencia alterando su estado físico para emplear los sonidos de su voz.

RELIGIÓN

La religión a la que pertenecen los padres de Sebastián es católica. Devotos del “Santo niño de Atocha” a quien se encomiendan para sanar a su hijo mediante oraciones y rezos.

REALIZACIÓN

Sebastián por la edad en la que se encuentra no califica para que se lleve a cabo esta necesidad.

RECREACIÓN

Se procura brindarle tiempo de relajación a Sebastián mediante música clásica a moderado volumen. En cada visita de sus padres a estos se les pide que tengan contacto físico con Sebastián y mantengan conversaciones con él.

APRENDIZAJE

Los padres cuentan con conocimientos acerca de la evolución o involución de la salud de Sebastián mediante informes médicos y resolución de dudas que se brindan por parte de enfermería.

VALORACIÓN FÍSICA:

- Grado de conciencia somnoliento, nivel de actividad pasivo, posición en decúbito lateral derecho, en su facie se observa expresión de irritabilidad a su manipulación, estado nutritivo con poca ganancia ponderal a la edad, con prominencia óseas en costillas, escapulas y vertebras. En higiene personal se encuentra aseado. Textura de la piel suave, palidez tegumentaria, edema en miembros torácicos y pélvicos +, testículos ++, normotérmico. Petequias en zona torácica y abdominal, descamación y hematomas en miembros torácicos por multipunciones, herida con sutura sin rastro de infección en proceso de cicatrización situada en línea media clavicular entre el 5° y 6° espacio intercostal debido a drenaje de ventana cardiaca.
- Cabeza: redondeada, simétrica 34 cm, fontanela anterior plana, blanda, pulsátil y levemente depresible de 3cm. Fontanela posterior mide 1cm. Pupilas isocóricas reactivas a la luz, capaz de dirigir la mirada hacia quien le hable. Conjuntivas rosadas, párpados poco edematosos. Boca y garganta: ,
- Oídos: Forma redonda y buena implantación del pabellón auricular.
- Boca: labios rosados, las encías muestran el relieve dentario sin erupción dentaria, el paladar no presenta fisuras, lengua color roja
- Cuello: corto y delgado, tono muscular deficiente, sin adenopatias.
- Tórax: normolineo, simétrica, frecuencia respiratoria manejada por ventilador a 35 respiraciones por minuto, ritmo regular, amplitud normal en distensión de la caja torácica y de la pared abdominal, las clavículas se palpan en superficie lisa y uniforme se descarta fractura. Pulmones se auscultan, presencia de crepitantes en la base de ambos pulmones, ritmo cardiaco con frecuencia de 117 latidos por minuto. Con soplo sistólico en foco tricúspideo y mitral grado IV.

-
- Abdomen: globoso a expensas de líquido dializante en cavidad. Disminución de movimientos y ruidos peristálticos. Cicatriz umbilical completamente formada.
 - Columna Vertebral: intacta, sin masas o curvaturas salientes.
 - Genitales: masculinos, el escroto es pendular, con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Edema testicular ++, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño.
 - Ano: permeable con ligera rozadura en región perianal.
 - Caderas: Abducen de forma simétrica.
 - Extremidades: Los brazos y piernas son simétricos en anatomía y función. Pulsos radial, braquial y femoral presentes con buena intensidad y rítmicos.

DIAGNÓSTICOS, PLANEACIÓN, INTERVENCIONES Y EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA.⁹

CODIGO	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	DIAGNÓSTICOS
00033	Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares.	Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.	Deterioro de la ventilación espontánea r/c factores metabólicos m/p disminución de la saturación de oxígeno.
OBJETIVO: Regular el riesgo de hipoventilación. Elevar la saturación de oxígeno.			
PLANEACIÓN: Asegurar una ventilación apropiada permitiendo la pronta recuperación del paciente eliminando el gasto energético utilizado en la respiración. Monitorización de los signos vitales.			
INTERVENCIONES		FUNDAMENTOS	
Explicar en qué consiste la intubación al paciente y a su familia de la forma más apropiada, y durante el procedimiento dar sedación para el confort del paciente según la prescripción médica.		La explicación del procedimiento disminuye la ansiedad y aumenta la comprensión; la premedicación permite una intubación controlada con disminución de problemas en la inserción.	
Fijar el tubo endotraqueal en su sitio usando una cinta o su dispositivo, auscultar los ruidos respiratorios bilateralmente y obtener una radiografía para comprobar la correcta colocación de la cánula orotraqueal.		La fijación segura es obligada para prevenir la extubación inadvertida del tubo endotraqueal. La auscultación sola es un método poco fiable para comprobar la colocación del tubo en la tráquea, la correcta posición del tubo endotraqueal en la tráquea (3.5 cm por encima de la carina) debe confirmarse por radiografía de tórax.	
Aspirar según necesidad e hiperoxigenar e hiperventilar según la estrategia adecuada.		Revisar diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	
Asegurar la puesta en marcha de la activación de la alarma de todos los monitores.		Esta acción ayuda a verificar la seguridad del paciente.	
Responder rápidamente a todas las alarmas del ventilador. Si no hay posibilidad de localizar el origen de la alarma, utilizar el ambú para ventilar al paciente mientras se espera ayuda.		Las causas frecuentes de alarma de alta presión incluyen secreciones, condensación, mordedura de tubo endotraqueal, caída de la distensibilidad pulmonar y compresión del tubo. Causas frecuentes de baja presión incluyen desconexión del ventilador, fugas en el circuito y cambios en resistencia y distensibilidad. Utilizando el ambú con oxígeno suplementario, el profesional de enfermería puede proporcionar ventilación y oxigenación inmediatas según la necesidad.	
Evitar extubaciones imprevistas manteniendo la estabilidad del tubo endotraqueal y utilizando fijaciones en las muñecas del paciente si fuera necesario.		Esto únicamente se aconseja cuando otros métodos han sido ineficaces, como orientar al paciente, permitiendo a la familia estar junto al paciente.	
Drenar los líquidos acumulados por condensación en la trampa del tubo del ventilador según necesidad.		Esto reduce el riesgo de infección disminuyendo la posibilidad de inhalar líquidos contaminados.	
Anotar los flujos inspiratorios de oxígeno utilizados en el ventilador, la presión inspiratoria máxima, el volumen corriente y la activación de la alarma a		Controlar estos aspectos asegura que se tomen las medidas de seguridad y que el paciente no se deje a	

⁹ Ackley B.J, Ladwig G.B. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. Ed. ELSEVIER ESPAÑA. 7ª edición. Madrid, España. 2007. 1316 páginas.

diferentes intervalos y en el momento en que se suspende la ventilación del paciente por cualquier razón	un flujo inspiratorio de oxígeno al 100% después de una aspiración.
Administrar analgésicos y sedantes según conveniencia con un protocolo prefijado para facilitar el confort y descanso del paciente. Utilizar escalas de sedación para conseguir un mejor control adecuado de los niveles de sedación y para asegurar que se consiguen los objetivos terapéuticos.	Un protocolo de sedación implementado por enfermería disminuye el número de días de intubación, la necesidad de traqueotomía y la duración de la estancia hospitalaria. Evitar la sedación excesiva: el empleo de perfusiones endovenosas continuas de sedantes se acompaña de una mayor duración de la ventilación mecánica, en comparación con la sedación en bolos.
Utilizar musicoterapia a ratos para calmar la ansiedad.	Escuchar música disminuye la ansiedad y aumenta la relajación, que se comprueba por la disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria.
Analizar y responder a los datos e las gasometrías arteriales, y datos de pulsíometria.	El soporte ventilatorio debe de controlarse muy de cerca para asegurar una oxigenación y un equilibrio acido-base.
Cambiar de lugar de fijación cada 24 horas; vigilar y documentar el estado de la piel del paciente y asegurar la correcta fijación de la cánula a nivel de la comisura labial.	Estas medidas previenen las fisuras cutáneas a nivel de la comisura labial que resultan de la presión de la cánula orotraqueal.
Colocar al paciente en posición fowler con la cabecera de la cama a 45° para disminuir la aspiración del contenido gástrico.	Los pacientes con ventilación mecánica tienen una menor incidencia de neumonías si están colocados en posición fowler a diferencia de la posición supina.
Cambio de posición por lo menos cada 2 horas.	Los cambios de posición disminuyen la incidencia de atelectasias, la acumulación de secreciones y la neumonía resultante.
TECNOLOGÍA: Ventilación Mecánica Invasiva: Método soporte respiratorio en el que se utiliza un aparato mecánico para satisfacer parcial o totalmente las necesidades de flujos aéreos de un paciente. Objetivos: Soporte temporal del sistema respiratorio en pacientes con patología respiratoria severa, mientras otros tratamientos (más dirigidos a la etiología) solucionan el trastorno de base.	
EJECUCIÓN	
Se intuba el día 12/05/16 por presentar desaturaciones por debajo del 60%, además del procedimiento quirúrgico que se le realizaría ese mismo día por la tarde. Se extuba el día 16/05/16 para observar si la cirugía corrigió la desaturación y la presión pulmonar, funcionando solo 4 días ya que el día 20/05/16 presenta nuevamente desaturación por debajo del 65% además del derrame pericárdico encontrado.	
EVALUACIÓN	
<ol style="list-style-type: none"> 1. El respirador aseguró una buena ventilación eliminando el gasto energético utilizado en la respiración, lo cual permitió al paciente utilizar su energía en la recuperación de otros procesos. 2. Se aseguró una ventilación regular controlando el riesgo de hiperventilación o hipoventilación. 3. Se eleva la saturación arriba del 90% usando la ventilación mecánica pero no se logra mantener esta saturación sin el soporte respiratorio invasivo, debido a que su patología no mejoro con la cirugía. 	

CÓDIGO	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	DIAGNÓSTICOS
00031	Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión Física	Incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c Secreciones en los bronquios m/p Sonidos respiratorios adventicios .(crepitantes)
OBJETIVO: Mantener la vía aérea permeable, estableciendo un acceso seguro de comunicación y entrada de aire externo hacia la tráquea a fin de facilitar la ventilación mecánica,			
PLANEACIÓN: Estabilización de vías aéreas manteniendo la permeabilidad de las vías respiratorias.			
INTERVENCIONES		FUNDAMENTOS	
1. Auscultar los sonidos respiratorios cada 1-4 hrs. Los sonidos respiratorios son normalmente limpios o se perciben crepitantes finos diseminados por las bases que desaparecen con la respiración profunda.		La presencia de crepitantes groseros durante el final de la inspiración indica líquido en las vías aéreas; las sibilancias señalan una obstrucción de la vía aérea.	
2. Monitorizar los patrones respiratorios, incluyendo frecuencia, profundidad y esfuerzo. Una frecuencia respiratoria normal para un lactante menor sin disnea es entre 30 a 40 por minuto.		Con secreciones en las vías aéreas, la frecuencia respiratoria aumenta.	
3. Monitorizar los valores de los gases en sangre y los niveles de saturación del oxígeno pulsátil.		Una saturación de oxígeno inferior al 90% (normal: 90 al 100%) o una presión parcial de oxígeno inferior a 80% (normal: 80 a 100%) indica problemas de oxigenación importantes.	
4. Colocar al paciente de manera que se optimice su respiración (p. ej., cabecera de la cama elevada a 45° y reposicionar al menos cada 2 horas).		La posición elevada permite la máxima expansión pulmonar; permanecer acostado hace que los órganos abdominales se desplacen hacia el tórax, lo que produce presión en los pulmones, dificultando la presión. EBE: estudios han demostrado que en un paciente ventilando mecánicamente hay una disminución de la incidencia de neumonía si se le coloca en una posición semiincorporada de 45° en comparación con la posición supina.	
5. Al aspirar un tubo endotraqueal o de traqueotomía de un paciente explicar lo siguiente: a) Explicar el proceso de aspiración antes y comprobar que no haya dolor o ansiedad excesiva. b) Hiperoxigenar antes y entre las sesiones de aspiración endotraqueal. c) usar un sistema de aspiración cerrado en línea. d) Evitar la instalación de solución salina durante la aspiración.		a) La aspiración puede ser una experiencia aterradora; una explicación junto con el alivio adecuado del dolor o la sedación necesaria puede recudir el estrés, la ansiedad y el dolor. b) Los estudios han demostrado que la hiperoxigenación ayuda a prevenir la desaturación de oxígeno en un paciente sometido a aspiración. La saturación de oxígeno es mayor cuando el paciente se somete a hiperoxigenación con el ventilador frente al uso de un ambú con oxígeno. c) el sistema de aspiración cerrado en línea se asocia con la disminución de neumonía nosocomial. Empleando un sistema de aspiración cerrado en línea en la aspiración endotraqueal provoca menos desoxigenación en el paciente que cuando se desconecta el tubo para succionarlo. El empleo de un sistema cerrado para la aspiración usando apoyo de presión como medida de obtención y evitando la desconexión de la tubuladura, provoco un colapso menor de los alveolos que con la succión y el incremento de la oxigenación.	

	d) Estudios han demostrado que la instalación de solución salina tiene un efecto adverso en la saturación de oxígeno tanto en adultos como en niños, también incrementa en gran medida el número de colonias de bacterias desalojadas del tubo que entran en las vías aéreas inferiores lo cual provoca neumonía.
6. Administrar medicamentos como broncodilatadores o esteroides inhalados según prescripción. Observar la aparición de efectos secundarios como taquicardia o ansiedad con los broncodilatadores o inflamación de faringe con los esteroides inhalados. Combivent 0.2 ml diluidos en 2.5 ml de Solución Salina 0.9% MNB c/6 hrs. Budesonida 0.250 mg sin diluir MNB c/8 hrs.	Los broncodilatadores reducen la resistencia de la vía aérea secundaria a la broncoconstricción.
7. Proporcionar drenaje postural percusión y vibración solo si se prescribe.	La fisioterapia torácica tiene efectos a corto plazo aumentando el transporte de moco en la fibrosis quística, y evidencia insuficiente muestra que tiene efectos a largo plazo en esta población. No existe ventaja de la fisioterapia torácica sobre las técnicas de limpieza de las vías
TECNOLOGÍA: Lavado bronquial. Procedimiento que consiste en instalar agua bidestilada al árbol traqueobronquial principal, para conseguir la fluidificación de las secreciones bronquiales y asegurar una buena oxigenación. Mediante el cual se extraen las secreciones a través de una sonda que se introduce por la cánula orofaríngea conectado a un dispositivo de succión.	
EJECUCIÓN	
Al auscultarse los campos pulmonares se identifican los ruidos pulmonares anormales que indican obstrucción de la vía aérea, se valora la saturación de oxígeno. Se opta por la aspiración de secreciones y el lavado bronquial es solicitado por médico tratante que se realizan con su apoyo y el profesional de enfermería dividiéndose las actividades, alguien aspira las secreciones mientras que el otro profesional hiperoxigena con la mascarilla reservorio e introduce con una jeringa el agua bidestilada, trabajando en equipo. Una vez terminado el proceso se ausculta nuevamente para verificar si se obtuvo el resultado esperado.	
EVALUACIÓN	
Se consigue liberar la vía aérea de secreciones, asegurando su permeabilidad favoreciendo una buena perfusión tisular beneficiando el intercambio gaseoso.	

CÓDIGO	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	DIAGNÓSTICOS
00002	Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades r/c incapacidad para absorber los nutrientes m/p peso corporal inferior en un 20% al peso idea.
OBJETIVO: Obtener ganancia ponderal hasta estar dentro de los parámetros normales según altura y peso.			
PLANEACIÓN: Proporcionar los nutrientes esenciales al organismo, cuando no es posible utilizar la succión.			
INTERVENCIONES		FUNDAMENTOS	
1. Describir signos de malnutrición. El cabello quebradizo, hematomas, piel seca, palidez de piel y conjuntivas, debilidad muscular, lengua roja y lisa, queilosis, erupción cutánea de tipo escamoso en las extremidades inferiores y desorientación.		La sobrecarga cardiaca producida por el aumento de volumen debido al cortocircuito y a la regurgitación valvular ocasiona insuficiencia cardiaca que, en los primeros meses de la vida, se manifiesta clínicamente por polipnea, disnea, cansancio durante las tomas de alimento, <i>desnutrición</i> y <i>estancamiento de la curva ponderal</i> , con frecuentes infecciones respiratorias que deterioran todavía más el estado y desarrollo de estos enfermos.	
2. Anotar los resultados de laboratorio disponibles: proteínas totales, albumina, ferritina y transferrina en suero, hemoglobina, hematocrito y electrolitos.		Un nivel sérico < 3.5% se considera un indicador de riesgo de estado nutricional deficitario.	
3. Pesar diariamente al paciente en la fase de atención aguda, semanalmente en la atención a largo plazo. Determinar el peso corporal adecuado según edad y altura.		La malnutrición de proteínas-calorías acompaña con frecuencia a un proceso de enfermedad.	
4. Cuando el paciente tiene malnutrición, vigilar la aparición de signos de infección y procurar protegerle de las infecciones.		La malnutrición de proteínas-energía se asocia con una alteración importante de la inmunidad celular.	
5. valorar los cambios recientes en el estado fisiológico que podrían interferir con la malnutrición.		Las consecuencias de la malnutrición conducirían a un deterioro de la enfermedad del paciente que entonces se autoperpetúa si no se reconoce y trata. Casos extremos de malnutrición pueden llevar a septicemia, insuficiencia multiorgánica y muerte.	
6. Poner música relajante durante el tiempo de la comida.		Con la música los pacientes comen más pausadamente. La música seleccionada, lenta se ha usado para amortiguar los ruidos ambientales.	
<p>TECNOLOGÍA: Una sonda nasogástrica¹⁰ (SNG) es un tubo especial que se utiliza para administrar alimentos y fármacos directos a la cavidad gástrica. Proporcionar una ingesta de alimentos adecuada para corregir desnutrición.</p> <p>Tipos de alimentación por sonda nasogástrica (SNG):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Continua a través de bomba – Discontinua: es igual que la anterior solo que la sonda nasogástrica (SNG) queda cerrada durante unas horas. – En bolos: La alimentación se hace en 4 ó 5 tomas al día. <p>Después de cada alimentación por sonda nasogástrica (SNG) el paciente debe mantenerse en posición de 45° como mínimo 30 minutos, también debemos administrar 50ml de agua antes y después de cada alimentación.</p>			

¹⁰ Castellar García MD, González Navarro P, Quiñonero Hernández LI. Cuidados de enfermería en pacientes con sonda nasogástrica en atención primaria. Disponible: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-sonda-nasogastrica/>

EJECUCIÓN

El tipo de alimentación por SNG llevado a cabo es por bolos de fórmula Pre-Nan 8 ml cada 3 horas. Con una jeringa de 10 ml se toman los 8 ml se coloca en un perfusor y de aquí se conecta a la SNG mediante un equipo de venopack. Antes de conectar se realiza técnica de residuo gástrico.

EVALUACIÓN

Se lleva a cabo la alimentación por SNG esperando que tenga un efecto positivo en su nutrición ganado peso ponderal de acuerdo a edad.
--

CÓDIGO	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	DIAGNÓSTICOS
00026	Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación.	Aumento de la retención de líquidos isotónicos.	Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p Edema.
OBJETIVO: Permanecerá sin edemas,			
PLANEACIÓN: Detectar y evitar de condiciones que aumenta el riesgo del usuario de exceso del volumen de líquidos.			
INTERVENCIONES		FUNDAMENTOS	
1. Monitorizar la localización y la extensión del edema; utilizar una cinta milimétrica en la misma zona y en el mismo momento del día para medir el edema en las extremidades.		El edema generalizado (p. ej., en las extremidades superiores y en los párpados) está asociado con una disminución de la presión oncótica como resultado de un síndrome nefrótico. La medición de la extremidad con una cinta milimétrica es más exacta que utilizar la escala 1+ 4+. La insuficiencia cardíaca y la insuficiencia renal están asociadas con edema a causa del aumento de la presión hidrostática; el edema dependiente provocara tumefacción en las piernas y en los pies de los pacientes ambulatorios y en la región sacra de pacientes quemados.	
2. Monitorizar los signos vitales; observar la disminución de la presión sanguínea, taquicardia y taquipnea. Monitorizar para observar los ruidos de galope.		La insuficiencia cardíaca provoca una disminución del gasto cardíaco y de la presión cardíaca. La hipoxia tisular estimula un aumento de las tasas cardíacas y respiratorias.	
3. Monitorizar la osmolaridad del suero, suero sódico, la relación creatinina/BUN y el hematocrito para observar una posible disminución.		Todas ellas son medidas de concentración y disminuirán (excepto en presencia de insuficiencia renal) con un aumento del volumen intravascular. En pacientes con insuficiencia renal, la BUN aumentará a causa de la excreción renal.	
4. Monitorizar el desarrollo de condiciones que aumenta el riesgo del usuario de exceso del volumen de líquidos.		Las causas comunes son insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal e insuficiencia hepática, todas ellas causando una disminución de la tasa de filtración glomerular y de la retención de líquidos. Otras causas sin un aumento en exceso de la ingesta de líquidos orales e intravenosos de los pacientes con niveles cardíacos y renales incrementados, aumentando los niveles de hormona antidiurética o movimiento de líquidos desde el espacio intersticial al espacio intravascular. La detección precoz permite establecer medidas terapéuticas antes de que el paciente desarrolle un edema pulmonar.	
5. Monitorizar el nivel de albúmina sérica y proporcionar una ingesta de proteínas, si procede.		La albúmina sérica es el principal factor en la contribución a la presión oncótica sérica, que favorece el movimiento de líquidos desde el espacio intersticial al espacio intravascular. Cuando la albúmina sérica es baja, el edema periférico puede ser grave.	
6. Mantener la velocidad de todas las infusiones I.V. en bomba volumétrica.		Esto es para impedir una exacerbación inadvertida del exceso de volumen de líquidos.	
7. Dar la vuelta con frecuencia a los usuarios con edema dependiente (es decir como mínimo 2 horas).		El tejido edematoso es vulnerable a la isquemia y a las úlceras por presión.	
TECNOLOGÍA: Diálisis Peritoneal. Procedimiento que se indica por la Inestabilidad hemodinámica y cardiovascular. La diálisis peritoneal DP consiste en la infusión de una solución en la cavidad peritoneal. Tras			

un periodo de intercambio, se produce la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis. Se realizará entonces el drenaje del fluido parcialmente equilibrado y la repetición de este proceso conseguirá remover el exceso de líquido y aclarar los productos de desecho y toxinas acumulados en el organismo, así como acercar los niveles de electrolitos a la normalidad. El intercambio de solutos y fluidos se produce entre la sangre de los capilares peritoneales y la solución de DP. Los solutos de bajo peso molecular se transfieren por difusión, bajo un gradiente de concentración, o por convección, acompañando al transporte de agua. La ultrafiltración o movimiento de fluidos, ocurre a través de poros pequeños (40-50 Å) y de las acuaporinas¹, estando determinada por la presión osmótica facilitada por el agente osmótico (generalmente la glucosa) del dializado y la presión hidráulica determinada por la presión intraperitoneal. Esta última, dependerá del volumen del intercambio y de la postura del paciente.

En el periodo neonatal predominan las alteraciones secundarias a hipoxia perinatal, sepsis, malformaciones renales o cardíacas que precisan IECAs o nefrotóxicos. Actualmente la DP es de elección en neonatos y lactantes pequeños por la dificultad de acceso venoso. Está contraindicada en cirugía abdominal reciente, sepsis de origen abdominal, malformaciones de la pared abdominal y ostomías. La utilización de catéteres agudos de inserción percutánea y cicladoras automáticas han minimizado los problemas técnicos. Se utilizan ciclos cortos y frecuentes. Las soluciones estándar de diálisis con diferentes concentraciones de glucosa aportan lactato como tampón, por lo que en recién nacidos y situaciones de hiperlactacidemia es preferible utilizar soluciones caseras con bicarbonato. No requiere anticoagulación. Sus principales complicaciones son el malfuncionamiento del catéter y las peritonitis.¹¹

EJECUCIÓN

Ocho fueron los baños realizados durante el día de la valoración, se registró un balance de líquido de 22ml en los baños de 2 horas en cavidad y 35 ml en el baño en el baño de 3 horas. No hubo descompensación hemodinámica, hubo corrección en los valores de BUN, Cr y Urea. El líquido tardaba en entrar a cavidad aproximadamente de 20 a 25 minutos y la salida era de 30 a 40 minutos aproximadamente con posición decúbito lateral izquierda. El líquido es amarillo claro sin datos de hemáticos o con fibrinógeno.

EVALUACIÓN

La Diálisis Peritoneal es un éxito se redujeron los valores de BUN 20, Cr 1.80 y Urea 106. Hasta la fecha el catéter tenckoff es funcional y no ha padecido de peritonitis. El edema testicular y corporal disminuye considerablemente.

¹¹ Antón M, Fernández A. Daño renal agudo. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Nefrología Pediátrica. 2008. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_2.pdf

CÓDIGO	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	DIAGNÓSTICOS
00011	Dominio 3 : Eliminación e Intercambio Clase 2: Función gastrointestinal.	Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.	Estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal m/p heces duras, secas y formadas
OBJETIVO: Mantener patrones normales de eliminación intestinal.			
PLANEACIÓN: Mejorar el patrón de eliminación intestinal			
INTERVENCIONES		FUNDAMENTOS	
Valorar el patrón usual de defecación, incluyendo hora del día, cantidad y frecuencia de las deposiciones y su consistencia: historia de hábitos intestinales; intervenciones quirúrgicas; régimen intestinal presente.		Los recién nacidos y lactantes alimentados con lactancia materna suelen tener al menos dos deposiciones al día. El lactante con alimentación complementaria tendrá al menos tres por semana. El primer paso consiste en la valoración de los patrones usuales de eliminación intestinal.	
Revisa los medicamentos que está tomando el paciente.		Muchos medicamentos están asociados al estreñimiento crónico incluyendo opiáceos, antidepresivos, diuréticos, anticonvulsivos y antiácidos que contengan aluminio.	
Si el paciente está siendo tratado con opiáceos, solicitar al médico tratante una orden para administrar fármacos que contribuyan a la defecación.		El empleo de opiáceos suele estar asociado con el estreñimiento debido a la reducción del peristaltismo. Hay fármacos no laxantes que pueden ser útiles por su mecanismo de acción. Los agentes proquinéticos (domperidona, cisapride y metoclopramida) aceleran el tránsito intestinal y estimulan las ondas de contracción, provocando aumento de la perístasis.	
EJECUCIÓN			
Una dieta inadecuada, así como la inmovilidad, la sedación y la diálisis peritoneal son causantes del estreñimiento, un masaje abdominal es contraindicado debido al líquido dializante que se encuentra en cavidad, la prescripción de medicamento que contribuya a la defecación es la metoclopramida.			
EVALUACIÓN			
Debido a los causantes del estreñimiento no se pudo dar mejoría en esta necesidad alterada aun con la metoclopramida la defecación aumenta a tres veces por semana de consistencia dura, seca entre 1 a 3 gramos aproximadamente.			

CÓDIGO	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	DIAGNÓSTICOS
00004	Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 1: Infección	Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	Riesgo de infección r/c colocación de catéteres invasivos y procedimientos invasivos.
OBJETIVO: Permanecerá libre de síntomas de infección, mantendrá un recuento y fórmula leucocitaria dentro de los parámetros normales.			
PLANEACIÓN: Paciente no mostrará signos de infección mediante la intervención de enfermería.			
INTERVENCIONES		FUNDAMENTOS	
Seguir las políticas y procedimientos del centro sobre control de infecciones, esterilización y asepsia en la curación de catéter venoso central (CVC).		Establecer mecanismos diseñados para prevenir infecciones.	
Verificar la esterilización de todo el material utilizado en el procedimiento como relacionado con acontecimientos.		El material preservado puede parecer estéril; sin embargo, se debe inspeccionar cada artículo en busca de declaración de esterilidad del fabricante, integridad de los envases, efectos ambientales sobre el paquete y técnicas de entrega. NOTA: en los materiales de implante se debe de documentar la esterilización de los paquetes y las fechas de caducidad.	
Saber identificar los signos de infección como enrojecimiento, color, drenaje e incremento de la temperatura corporal.		La fiebre de origen desconocido como la entidad única, más común y clínicamente más importante para detectar infección.	
Tener en cuenta y comunicar los valores de laboratorio por ejemplo recuento leucocitario que puede indicar la presencia o ausencia de infecciones así como las proteínas séricas, seroalbúmina y cultivos.		El recuento de leucocitos y el recuento absoluto de neutrófilos son las mejores pruebas diagnósticas para los adultos y la mayoría de los niños. Los valores de laboratorio están relacionados con la historia del paciente y el examen físico para proporcionar una visión global de la función inmune del mismo.	
Valorar el color, la humedad, la textura y la turgencia (elasticidad) de la piel. Mantener al día la documentación continua de sus cambios.		La piel intacta es la primera línea de defensa en la naturaleza con los microorganismos que entran al cuerpo.	
Lavar y secar cuidadosamente la piel, incluyendo las áreas con pliegues cutáneos. Hidratar la piel.		El mantenimiento de la piel hidratada y flexible es el mejor método para mantenerla intacta. La piel seca puede conducir a inflamación escoriación y posibles episodios de infección.	
Usar estrategia para prevenir la neumonía nosocomial intrahospitalaria; Higiene de manos con lavado y/o desinfección, Tubos endotraqueales recubiertos de plata, Descontaminación selectiva digestiva, Descontaminación oral con clorhexidina, Aspiración de secreciones subglóticas, Ventilación mecánica no invasiva, Evitar cambios o manipulación de la tubuladuras del respirador, Evitar traslados intrahospitalarios innecesarios, Estrategias posicionales. Otras medidas: valoración diaria de extubación e intentar evitar reintubaciones; control estricto de la sedación; programas de educación hospitalaria; evitar transfusiones sanguíneas; desinfección rigurosa de equipos respiratorios; prevención de contaminación de aerosoles.		La neumonía intrahospitalaria es la segunda infección nosocomial en frecuencia. Ocasiona morbilidad y mortalidad, prolonga el ingreso hospitalario e incrementa los costes. Los gérmenes presentes en la orofaringe y estructuras contiguas colonizan las secreciones bronquiales después de la intubación endotraqueal (IET). La aspiración de secreciones contaminadas es el principal mecanismo por el que los gérmenes alcanzan el parénquima pulmonar. Otros mecanismos son la inhalación de material aerosolizado, la siembra hematógena y la diseminación desde estructuras contiguas.	
		Se requieren precauciones meticulosas para el control de la infección para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria, con especial	

<p>Usar una higiene de manos apropiada (lavado de manos, uso de soluciones desinfectantes).</p>	<p>atención a la higiene de manos y a las precauciones universales. La mejora en el seguimiento de la higiene de manos a demostrado terminar con los brotes en las instituciones sanitarias, reduce la transmisión de organismos resistentes a los antimicrobianos.</p>
<p>Seguir las precauciones estándares y llevar guantes durante el contacto con sangre, membranas mucosas, piel no intacta o cualquier sustancia corporal excepto el sudor. Emplear gafas, guantes, cubre bocas y bata cuando proceda.</p>	<p>La transmisión de los patógenos de transmisión sanguínea tienen lugar por vía parenteral, membranas mucosas, o la exposición de piel no intacta a sangre u otras sustancias del organismo. Deben tomarse precauciones siempre que exista la posibilidad de entrar en contacto con sustancias corporales excepto el sudor. Estudios indican que cuando el riesgo de infección es elevado se debe de considerar el empleo de guantes no empolvados porque el polvo favorece la infección de las heridas.</p>
<p>Utilizar protocolos de cuidado bien establecidos para todas las vías periféricas, venosas centrales y arteriales: técnica de inserción estandarizada: seleccionar catéteres con el menor número posible de luces necesarias; evitar el empleo de catéteres femorales en pacientes con incontinencia fecal u urinaria; usar técnica aséptica para la inserción y cuidado, fijarlos correctamente, mantener un apósito oclusivo estéril (cambiar cada 72 horas según las normas de cada institución); etiquetar los puntos de inserción y todos los equipos de sueroterapia con la fecha y hora de inserción, inspeccionar cada 8 horas para identificar datos de infecciones en el punto de inserción del CVC, anotar y comunicar, sustituir los catéteres periféricos según las normas del hospital (habitualmente cada 48 a 72 horas); cuando aparezca fiebre de origen desconocido, obtener muestras para cultivo.</p>	<p>Más del 40% de las infecciones en el torrente circulatorio están asociados con el uso de catéteres venosos centrales de corta duración. Se debe mantener técnica aséptica estricta. El riesgo de infección asociado con el empleo de catéteres de tres luces llega a triplicar al riesgo asociado con los catéteres de luz única. Los usuarios con fiebre inexplicable y signos de infección localizada tienen con mucha probabilidad una infección relacionada con el catéter. Este catéter se debe de retirar y hay que obtener muestras para cultivo microbiano. Es importante el cuidado al seleccionar el punto de inserción del catéter. Siempre debería de utilizarse el catéter más corto y de menor tamaño posible.</p>
<p>Seguir las precauciones basadas en la transición para los microorganismos: Contacto, a través de "gotitas", a través del aire, por vehículo común o por vectores.¹²</p> <p>* Transmisión por CONTACTO: es el modo más importante y frecuente de transmisión de infecciones nosocomiales. Se divide en dos subgrupos: transmisión por contacto directo y transmisión por contacto indirecto. La transmisión por contacto directo implica contacto entre la superficie corporal de una persona infectada o colonizada con un huésped susceptible (por ejemplo al movilizar un paciente, bañarlo o cualquier actividad que conlleve un contacto personal directo). La transmisión por contacto indirecto supone el contacto de un huésped</p>	<p>Las principales vías de transmisión y diseminación de las infecciones en el ámbito hospitalario se da entre pacientes, personal de salud o visitantes, quienes pueden presentar una enfermedad de manera asintomática o sintomática en fase aguda o crónica asimismo, pueden transmitirse por la propia flora endógena del paciente, sumado al propio ambiente hospitalario. Los agentes etiológicos microbiológicos se pueden transmitir por diferentes rutas; de acuerdo a la literatura se han descrito tres principales vías de transmisión: por contacto, goteo y vía área además de otras vías de transmisión indirecta como son vehículos, fómites y vectores.</p>

¹² Álvarez Tuñón Z, Fernández Muñiz P, Martínez Ortega MC, Menéndez Gutiérrez ML, Prada Rocas MT, Rodríguez Rodríguez P, et. al. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2007

<p>susceptible con un objeto intermedio contaminado, normalmente inanimado (instrumentos, agujas, vendajes, guantes no cambiados entre pacientes, etc.)</p> <p>* Transmisión por GOTITAS. Las gotitas son generadas por la persona fuente principalmente durante la tos, estornudos, al hablar y al ejecutar determinados procedimientos (aspiraciones, broncoscopias). La transmisión se produce cuando las gotitas que contienen microorganismos generados por la persona infectada son impulsados a corta distancia a través del aire y depositados en la conjuntiva, la mucosa nasal o la boca del huésped. Dado que las gotitas no permanecen suspendidas en el aire durante mucho tiempo, no se requiere una especial manipulación del aire.</p> <p>* Transmisión por el AIRE. Hablamos de partículas de diámetro inferior o igual a 5 . Los microorganismos que se transmiten por esta vía se pueden dispersar a través de corrientes de aire, pudiendo así ser inhalados por un huésped susceptible dentro de la misma habitación o a una distancia más larga desde el paciente fuente (dependiendo de factores medioambientales). Se requiere por tanto una manipulación especial del aire y del sistema de ventilación.</p> <p>* Microorganismos transmitidos por ARTÍCULOS CONTAMINADOS tales como alimentos, agua, medicamentos, aparatos y equipos.</p> <p>* Transmisión por VECTORES. Se produce a través de organismos vivos tales como moscas, mosquitos, ratas y otros.</p>	
<p>Asegurar el cuidado higiénico adecuado del paciente.</p>	<p>El cuidado higiénico es importante para prevenir las infecciones en los pacientes de alto riesgo.</p>
<p>Recomendar el empleo responsable de antibióticos.</p>	<p>El empleo generalizado de antibióticos en particular las cefalosporinas de tercera generación ha desarrollado una resistencia generalizada al betalactámico, en poblaciones bacterianas previamente susceptibles. La reducción del uso de estos agentes, además del imipenem y la vancomicina y los incrementos concomitantes del uso de penicilinas de espectros amplios y la terapia de combinación con aminoglucósidos han demostrado que restauran la susceptibilidad bacteriana.</p>
<p>Concentrar los procedimientos enfermeros para reducir en número de contactos con los lactantes permitiendo tiempo para realizar una higiene manual apropiada.</p>	<p>La promoción de la manipulación mínima y la agrupación de procedimientos enfermeros redujeron los episodios de contacto total con el paciente, lo cual pudo ayudar a la importante barrera de las limitaciones de tiempo.</p>

EJECUCIÓN

No se logra evitar el riesgo de infección con las intervenciones de enfermería.

EVALUACIÓN

No se logró mantener al paciente fuera del riesgo de infección ya que el catéter venoso central yugular se infecta, por lo tanto se retira el sábado 28 de Mayo del 2016 se manda a cultivo y se detecta klebsiella, por lo cual se inicia antibioticoterapia por parte del servicio de infecto pediatría.
--

CÓDIGO	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	DIAGNÓSTICOS
00043	Dominio 1: Promoción de la Salud Clase 2: Gestión de la Salud.	Disminución de la capacidad para autoprotegerse e amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.	Protección ineficaz r/c perfil hematológico anormal (trombocitopenia) m/p alteración de la coagulación.
OBJETIVO: No tendrá evidencias de hemorragias, se mantendrá al paciente libre de infecciones.			
PLANEACIÓN: Evitar que el paciente esté libre de infecciones y de hemorragias.			
INTERVENCIONES		FUNDAMENTOS	
Tomar la temperatura, pulso y presión sanguínea (p. ej., cada 1-4 horas).		Los cambios en los signos vitales pueden indicar el inicio de hemorragia o infección.	
Observar el estado nutricional (p. ej., peso, niveles de albumina y proteínas séricas, masa muscular). Mejorar el estado nutricional, si es necesario.		La valoración inicial de estado nutricional, un buen manejo de la nutrición son esenciales para satisfacer las necesidades del paciente neutropénico. El estado nutricional son factor importante que contribuye a la competencia inmunológica: la falta de nutrición altera el sistema inmunológico.	
Determinar la cantidad de estrés en la vida del paciente.		El estrés no controlado deprime el funcionamiento del sistema inmunológico.	
PREVENCIÓN DE INFECCIONES			
Monitorizar e informar de signos de infección (p.ej., fiebre, escalofríos, piel ruborizada, drenaje, edema, enrojecimiento, valores de laboratorio anormales y dolor) y notificar al médico con prontitud.		Al inicio de la infección se estimula el sistema inmunológico, provocando los signos clásicos de la infección. En muchos casos el signo inicial de un trastorno infeccioso o inflamatorio oculto son cambios en los parámetros hematológicos.	
Utilizar de manera adecuada la higiene de manos.		Se ha demostrado que mejorar el seguimiento de la higiene de las manos reduce la presencia masiva de infecciones en los centros de asistencia sanitaria, reduce la transmisión de microorganismos resistentes a los antimicrobianos. Y reduce las tasas globales de infección.	
Si es sistema inmunitario del paciente está deprimido, notificar al médico la presencia de fiebre, incluso en ausencia de síntomas de infección.		Los pacientes con la función inmune deprimida son incapaces de organizar las respuestas inmunológicas usuales al inicio de la infección, la fiebre puede ser el único signo de infección.	
Si el recuento leucocitario está gravemente reducido (es decir, recuento absoluto de neutrófilos <1.000/mm ³) iniciar las siguientes precauciones: *Tomar los signos vitales cada 4 horas. *Completar una valoración cefalo caudal dos veces al día, incluyendo la inspección de la mucosa oral, lugares invasivos, heridas, orina y heces; monitorizar el inicio de nuevas quejas de dolor.		La valoración continua detecta cualquier cambio anormal que el paciente pueda adquirir.	
Atender especialmente todos los lugares invasivos; utilizar Gluconato de Clorhexidina para la limpieza.		El uso del Gluconato de Clorhexidina en el lugar del catéter vascular redujo las infecciones del flujo sanguíneo relacionadas con el catéter y la colonización del catéter más que el uso de la povidona yodada.	
Derivar para el tratamiento antifúngico profiláctico adecuado y evitar la exposición a patógenos (a través de la filtración del aire, de la higiene regular de las manos). Para evitar la exposición de los pacientes a hongos pueden tomarse medidas prácticas.		La anfotericina B IV es el único agente antifúngico del cual existen evidencias que sugieren que su uso podría reducir la mortalidad. Por lo tanto cuando está indicada una terapia antifúngica empírica o profiláctica deberá de elegirse.	

Limitar y controlar los visitantes.	Para minimizar la exposición al contagio.
Buscar signos de sepsis, incluyendo un cambio en el estado mental, fiebre, sacudidas, escalofríos e hipotensión. Si están presentes, notificar al médico con prontitud.	El cambio en el estado mental, fiebre, sacudidas, escalofríos e hipotensión son indicadores de sepsis.
PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS	
Monitorizar el riesgo de hemorragias del paciente; evaluar los resultados de los estudios de coagulación y los recuentos de plaquetas.	Los estudios de laboratorio son una buena indicación de la gravedad del trastorno hemorrágico.
Observar la presencia de hematuria, melena, hematemesis, hemoptisis, epistaxis, hemorragia de la mucosa, petequias y equimosis.	Estos tipos de hemorragias pueden detectarse en un trastorno de hemorragia.
Dar medicaciones únicamente por vía oral o intravenosa; evitar la administración de medicamentos intravascular, subcutánea o rectal. Aplicar presión durante más tiempo del usual en lugares invasivos como lugares de venopunción.	Para detener la hemorragia en lugares invasivos en pacientes con trastornos hemorrágicos, la presión adicional es necesaria.
Para reducir el riesgo de hemorragia, evitar administrar salicilatos o fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), si es posible.	Los salicilatos y los AINE pueden provocar una hemorragia GI; los salicilatos interfieren en la función plaquetaria y pueden aumentar la hemorragia.
EJECUCIÓN	
Se mantuvo bajo observación la aparición de datos que tuvieran que ver con alteraciones de la coagulación y se encontró presencia de equimosis por multipunciones y aparición de petequias en abdomen y tórax.	
EVALUACIÓN	
Debido a la aparición de petequias y a los resultados de los laboratorios se retira el uso de heparina, sin embargo no se puede evitar las multipunciones debido a la toma de gasometría que se realizan para llevar un control así como las muestras de laboratorio debido a que los lúmenes del catéter venoso central femoral se encuentran ocupados por soluciones parenterales y medicamentos.	

PLAN DE ALTA.

Para brindar un adecuado Plan de Alta a Sebastián es necesario conocer cuál es su nivel máximo de recuperación en su salud y así crearlo con base a su estabilidad clínica para satisfacer las necesidades que este requiera, por tal motivo en este trabajo solo se especifica el contenido de un posible Plan de Alta para Sebastián.

Definir Cuidados Paliativos Pediátricos de manera precisa que proporcione normas internacionales para su aplicación se torna difícil, ya que existen diferentes políticas, normas, leyes, reglas, modelos sanitarios, culturas, economías, entre otros que son variables dependiendo la región geográfica.

La definición de la OMS de los cuidados paliativos adecuados para los niños y sus familias es la siguiente:

“Cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, incluyendo también el apoyo a la familia; comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida, y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad. Los profesionales sanitarios deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social del niño.”¹³

“Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y continuada que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de cada enfermo/a y de su familia”¹⁴.

Los cuidados paliativos se dividen en específicos e inespecíficos.

- Los específicos son cuando se emplean procesos complejos como cirugía, radioterapia, quimioterapia, transfusiones sanguíneas, etc.
- Los inespecíficos son analgesia, alimentación, hidratación, constipación, manejo de escaras, vómito, higiene, insomnio, ansiedad, tratamiento de la depresión, apoyo psicológico, social y espiritual.

¹³ OMS. Disponible en: www.who.int/cancer/palliative/es/

¹⁴ Cía Ramos R (et al.) Cuidados Paliativos: Proceso Asistencial Integrado. 2ª ed. -- [Sevilla] Consejería de Salud, [2007]

Respetando los tipos de manejo tanto específico como inespecífico, encontramos el manejo mínimo que constituye los siguientes aspectos:¹²

- a. Alimentación. Se puede emplear en forma natural o con sonda nasogástrica. Por lo general, la alimentación parenteral no forma parte del manejo paliativo, a excepción de pacientes con intestino corto, entre otros.
- b. Hidratación. La administración de líquidos y electrolitos da bienestar a los pacientes, eliminan mejor las secreciones tanto bronquiales como orofaríngeas, evitan la sed y la sequedad de mucosas. Este tipo de hidratación debe ser preferentemente enteral.
- c. Oxigenación. En sus diversas modalidades, pero preferentemente sin apoyo de ventilación mecánica. En el caso de que el paciente se encuentre con apoyo ventilatorio al momento de la determinación de paciente terminal, o manejo paliativo, la extubación no forma parte del manejo; sin embargo, debe tomarse en cuenta la asistencia con parámetros mínimos.
- d. Comodidad. Se debe colocar la cama con soporte adecuado para el paciente y ropa adecuada. La comodidad se extiende a la visita de los familiares, procurando que tengan un área física de privacidad en la que puedan tener una convivencia con el niño en un entorno lo más confortable posible.
- e. Higiene. Limpieza o baño, cambio frecuente de ropa, tanto personal como de cama.
- f. Cambios de posición. Deben ser frecuentes, para modificar puntos de apoyo que disminuyan la circulación, y que pueden predisponer a escaras.

CONCLUSIONES

Las enfermedades cursadas durante el embarazo tiene serias repercusiones en el embrión o feto, muchas de estas enfermedades son causadas por la falta de conciencia en los riesgos por parte de la madre o por falta de información.

La Diabetes Gestacional (DG) es definida como “cualquier grado de intolerancia a la glucosa, que haya comenzado o se haya reconocido por primera vez durante el embarazo, independientemente de que persistan o no después de la gestación”¹⁵. Esta patología afecta a corto plazo más al feto que a la madre, dependiendo el período de aparición de la enfermedad durante el embarazo lo que conlleva a complicaciones como aborto, alteraciones del crecimiento y del metabolismo, retraso de la maduración, especialmente pulmonar, pérdida del bienestar fetal y mortalidad fetal y malformaciones congénitas (más frecuentes son las cardíacas y las del sistema nervioso y esqueléticas).

Un oportuno diagnóstico incrementa las posibilidades de éxito en el tratamiento. En este caso el diagnóstico no fue oportuno por lo tanto Sebastián presentó un importante deterioro clínico con un mal estado nutricional y con importante hipertensión pulmonar, en los que la cirugía reparadora se considera de alto riesgo, tan pronto como fue posible una vez alcanzada la estabilidad clínica del enfermo, se procedió al *debanding* una cirugía paliativa como opción terapéutica, consistente en el cerclaje (*banding*) de la arteria pulmonar, con la finalidad de disminuir el cortocircuito y, con ello, de mejorar la situación clínica y evitar el desarrollo y la progresión de la enfermedad vascular pulmonar. Se planeaba que una vez recuperado su estado de salud después de la intervención quirúrgica se le brindaría un plan de cuidados paliativos, pero existió un declive en la recuperación de su salud provocando su fallecimiento dos meses después.

¹⁵ Nazer Herrera J, García Huidobro M, Cifuentes Ovalle L. Malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes gestacional. Rev Méd Chile 2005; 133: 547-554

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendieta Alcántara G G, Santiago Alcántara E, Mendieta-Zerón H, Dorantes Piña R, Ortiz de Zárate Alarcón G, Otero Ojeda G A. Incidencia de las cardiopatías congénitas y los factores asociados a la letalidad en niños nacidos en dos hospitales del Estado de México. Gaceta Médica de México. 2013;149:617-23
2. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
3. González Salcedo P, Chaves Reyes M. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Bogotá (Colombia), 11 (2): 47-76, julio-diciembre de 2009.
4. Téllez Ortiz S. E, García Flores M. Modelos de Cuidados en Enfermería NANDA, NIC y NOC. México: McGraw-Hill; 2012.
5. Pérez Hernández M. J, Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Rev. Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002;10 (2): 62-66
6. Salazar Hernández I. Y, Proceso Atención de Enfermería P.A.E . ENEO-UNAM. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>
7. Alba Rosales MA. Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo MD. Et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Ed. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España. Recuperado: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

-
8. Martín-Govantes J. Insuficiencia renal aguda. An Pediatr Contin. 2006;4:151-8 - Vol. 4 Núm.3 DOI: 10.1016/S1696-2818(06)73604-6. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/insuficiencia-renal-aguda/articulo/80000184/>
 9. Ackley B.J, Ladwig G.B. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. Ed. ELSEVIER ESPAÑA. 7° edición. Madrid, España. 2007. 1316 páginas.
 10. Castellar García MD, González Navarro P, Quiñonero Hernández LI. Cuidados de enfermería en pacientes con sonda nasogástrica en atención primaria. Disponible: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-sonda-nasogastrica/>
 11. Antón M, Fernández A. Daño renal agudo. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Nefrología Pediátrica. 2008. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_2.pdf
 12. Álvarez Tuñón Z, Fernández Muñiz P, Martínez Ortega MC, Menéndez Gutiérrez ML, Prada Rocas MT, Rodríguez Rodríguez P, et. al. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2007
 13. OMS. Disponible en: www.who.int/cancer/palliative/es/
 14. Cía Ramos R (et al.) Cuidados Paliativos: Proceso Asistencial Integrado. 2ª ed. -- [Sevilla] Consejería de Salud, [2007]
 15. Nazer Herrera J, García Huidobro M, Cifuentes Ovalle L. Malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes gestacional. Rev Méd Chile 2005; 133: 547-554
 16. Somoza F. Cardiopatías Congénitas. Cardiología perinatal: Conductas a seguir desde el feto al adulto. 1° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal, 2015.

-
17. Casaldáliga J. Defectos de cojines endocárdicos. http://www.secardioped.org/readcontents.php?file=webstructure/lp_cap19.pdf&op=download
18. Calderón Colmenero J, Cervantes Salazar GJ, Curi-Curi PJ, Ramírez Marroquín S. Problemática de las cardiopatías congénitas en México. Propuesta de regionalización. Arch Cardiol Mex 2010;80(2):133-140

REFERENCIAS

1. Kuri Nivon M, Martínez Martínez E, Muñoz Castellanos L, Espínola Zavaleta N. *Defecto septal atrioventricular. Estudio anatomopatológico y correlación embriológica.* Arch. Cardiol. Méx. [online]. 2008, vol.78, n.1, pp.19-29. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402008000100003
2. Pérez Mir J, Ramírez Pérez C, Abreu Sera G, Pérez González JA, Mulet Batista D. Coeficiente internacional normalizado, útil herramienta en la terapia anticoagulante. oralMediSur [en línea] 2012, 10 (Mayo-Junio) : [Fecha de consulta: 1 de julio de 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180023391002>
3. Seisdedos R, Conde García M^a C, Castellanos Monedero J. J, García-Manzanares Vázquez de A. Infecciones relacionadas con el catéter venoso central en pacientes con nutrición parenteral total. *Nutr Hosp.* 2012;27:775-780. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226788023.pdf>
4. Sadler T.W. Langman embriología médica. 7^o ed. Editorial Medica Panamericana. 1995.
5. Vince D.J. Conceptos básicos de cardiología infantil. 1^o ed. Editorial JIMS.

-
6. Viejo Tirado F. Embriología humana y biología del desarrollo. 5° ed. 2014. Elsevier España.
 7. Moore K.L, Persaud T.V.N, Torchia M.G. Embriología Clínica. 9° ed. 2013. Elsevier. España.
 8. Ronderos Dumit M, Palacio G, Gutierréz de Piñeros Rocha O. Cardiología Pediátrica Práctica. 1° ed. 2010. Distribuna Editorial. Bogotá.
 9. Fause A, Colmenero J.C, Zabal Cerdeira C. Buendía Hernández A. Cardiología Pediátrica. 2° ed. 2013. Editorial Medica Panamericana. México.

ANEXOS

PATOLOGÍA DE BASE.

CANAL AURICULO-VENTRICULAR TIPO A (CLASIFICACION DE RASTELLI).¹⁷

Definición:

“El canal aurículo-ventricular común es un defecto de los cojines endocárdicos afectando el desarrollo del septum basal posterior del tabique interventricular, el septum primum del tabique interauricular y a las válvulas mitral y tricúspide”¹⁶. Este grupo de defectos puede subdividirse en **parcial**, **transicional** y **completo**.

Parcial no existe comunicación interventricular y en lugar de una única válvula hay dos, pero la mitral tiene una hendidura que divide su valva anterior en dos. Este desgarró se denomina **cleft mitral**. Esta forma más benigna de la enfermedad consiste entonces en una comunicación interauricular tipo ostium primum y un cleft mitral.

El canal aurículoventricular **transicional** variedad infrecuente que se encuentra entre las formas parcial y completa. Tiene 2 orificios separados a nivel de las válvulas aurículoventriculares como la forma parcial pero tiene una comunicación interauricular y otra interventricular (generalmente chica) como en la forma completa.

En la forma **completa** del defecto, (canal atrioventricular común) combinan un gran defecto de septación a nivel auricular y ventricular (comunicación interauricular de tipo ostium primum y comunicación interventricular a nivel del septo membranoso de la entrada ventricular) con una severa anomalía de las válvulas AV, consistente en la existencia de una válvula AV común (tampoco se ha producido la partición del primitivo anillo AV) que conecta las dos aurículas con los dos ventrículos.¹⁷

Habitualmente dicha válvula disfunciona con regurgitación importante hacia una o ambas aurículas. Frecuentemente la válvula AV común está constituida por 5 valvas, 2

¹⁶ Somoza F. Cardiopatías Congenitas. Cardiología perinatal: Conductas a seguir desde el feto al adulto. 1° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal, 2015.

¹⁷ Casaldáliga J. Defectos de cojines endocárdicos.

http://www.secardioped.org/readcontents.php?file=webstructure/lp_cap19.pdf&op=download.

anterosuperiores derecha e izquierda, 2 laterales derecha e izquierda, y 1 posterior común. Dependiendo de la inserción de las cuerdas tendinosas de las valvas anterosuperiores, se ha establecido la clasificación de Rastelli:

- Tipo A de Rastelli. Es la forma más frecuente (aproximadamente el 75% de los casos). La valva anterosuperior tiene una completa división por encima de la cresta del septo en dos componentes, derecho e izquierdo, que se insertan a través de sus cuerdas tendinosas sobre la cresta del tabique ventricular, con comunicación interventricular a través de espacios intercordales.

- Tipo B de Rastelli. Es la forma menos frecuente. La inserción de esas valvas se establece en un músculo papilar situado en la unión del tabique ventricular con la pared libre del ventrículo derecho, y la valva anterosuperior izquierda pasa como puente por encima de la comunicación interventricular.

- Tipo C de Rastelli. Abarca aproximadamente al 25% de los casos. Es la forma más común en los casos en que dicha malformación asocia la tetralogía de Fallot. La inserción de las valvas anterosuperior izquierda (valva puente) y derecha se insertan en un músculo papilar de la pared libre del ventrículo derecho y esta valva “puente” se ubica por encima de la comunicación interventricular. En las formas intermedias, también llamadas transicionales, existe una pequeña fusión de parte de las valvas anterior y posterior de la válvula AV común a nivel de la zona alineada con el septo interventricular, de manera que el canal atrioventricular queda dividido en un componente “mitral” y “tricuspídeo”.

El elemento clave es la presencia de una válvula aurículo-ventricular única y común que separa ambas aurículas de ambos ventrículos, en lugar de 2 válvulas (mitral y tricúspide). Existen asimismo una comunicación interauricular tipo ostium primum y una comunicación interventricular posterior (o tipo canal) ubicadas perpendicularmente a la válvula, una por arriba y la otra por debajo.

Causas.

La comunicación interauricular depende, fundamentalmente, de una alteración en el proceso de tabicación o septación ventricular, que ocurre alrededor del segundo mes de vida intrauterina. Se ha relacionado esta alteración con factores tales como genéticos, hereditarios, infecciosos, ambientales o maternas adversas e influencias teratogénicas tales

como: diabetes mellitus materna, fenilcetonuria, lupus eritematoso sistémico, síndrome de rubéola congénita y fármacos (litio, etanol, talidomina y agentes anticonvulsivantes).

Cuadro Clínico.

El cuadro clínico es muy variable y depende de la magnitud del corto circuito de izquierda a derecha, cuando las dimensiones del defecto condicionan un corto circuito ligero, la entidad puede evolucionar sin mostrar síntomas. Aquellos pacientes en los que el corto circuito es más importante muestran un cuadro clínico típico de o Infecciones respiratorias repetidas, Retraso pondo estatural, Disnea, Fatigas frecuentes, Lactantes pequeños, diaforesis o Dificultad para la alimentación.

Incidencia

En México, se desconoce la prevalencia real de las cardiopatías congénitas en nuestro país; la información de la que se dispone acerca de la importancia y repercusión de las malformaciones congénitas cardiacas se basa en las tasas de mortalidad según un estudio realizado en la última década del siglo pasado (1990) las cardiopatías se ubicaban en sexto lugar, como causa de muerte en los menores de un año, pasando a ocupar el cuarto en 2002; se constituye como la segunda causa de mortalidad a partir de 2005¹⁸, solo superadas por las malformaciones del sistema nervioso central, lo cual quiere decir que dicha prevalencia va en aumento, probablemente por la mayor precisión diagnóstica actual.

Esto indica que, de cada 1,000 nacidos vivos, 8-14 tendrán una cardiopatía congénita, pero se debe tomar en cuenta que cuanto más prematuro sea el RN, más probabilidad tendrá de padecer una cardiopatía congénita. Godfrey, et al., en 2010, establecieron una prevalencia de 43 por 1,000 en prematuros de muy bajo peso al nacer ($\leq 1,500$ g). Si la detección se establece en la etapa fetal, la tasa es más alta que en los RN vivos; en un estudio realizado en 2007 en la ciudad de Monterrey llegó al 3.2%.¹

Defectos parciales (comunicación interauricular de tipo ostium primum)

La comunicación interauricular de tipo ostium primum es la patología más frecuente en los defectos parciales de cojines endocárdicos. Como el cortocircuito sólo se produce a nivel

¹⁸ Calderón Colmenero J, Cervantes Salazar GJ, Curi-Curi PJ, Ramírez Marroquín S. Problemática de las cardiopatías congénitas en México. Propuesta de regionalización. Arch Cardiol Mex 2010;80(2):133-140

auricular y entre dos cámaras de baja presión, su debut clínico es más tardío y depende en gran medida del grado de regurgitación a nivel de la válvula mitral.

Más allá del primer trimestre de vida, suele auscultarse un soplo sistólico de eyección pulmonar, con un segundo ruido cardiaco desdoblado y poco móvil, y el soplo regurgitante en punta-axila producido por la regurgitación a nivel de la válvula mitral.

El estado clínico es mejor que el de los pacientes con canal atrio-ventricular común, y los signos de insuficiencia cardiaca aparecen mucho más tardíamente, en gran medida de forma dependiente y en relación con el grado de insuficiencia de la válvula mitral.

La radiografía simple de torax suele mostrar distintos grados de cardiomegalia con aumento de la circulación pulmonar, y el electrocardiograma (ECG) muestra la típica desviación del eje de QRS hacia los cuadrantes superiores.

El ecocardiograma bidimensional permite la visualización del defecto interauricular, situado en la zona de la *crux cordis*, y el Doppler detecta la regurgitación de la válvula mitral, característicamente producida por una hendidura o *cleft* a nivel de su valva anterior. Dicha exploración es suficiente para abordar el tratamiento quirúrgico, y el cateterismo cardiaco debe ser reservado únicamente para los casos en los que se sospecha una enfermedad vascular pulmonar o la existencia de otras anomalías asociadas que lo hagan aconsejable.

Defectos parciales (comunicación interauricular de tipo ostium primum).

El tratamiento está indicado cuando existe sintomatología clínica o en pacientes asintomáticos con cortocircuito significativo (relación flujo pulmonar/flujo sistémico $\geq 1,5$). El tratamiento es quirúrgico y consiste en el cierre del defecto septal y de la hendidura mitral, aunque en ocasiones se precisa de anuloplastia para corregir fugas localizadas a nivel de la coaptación valvular. Suele realizarse durante la edad pediátrica, generalmente de modo electivo entre los 2 y los 5 años de edad, aunque en ocasiones debe realizarse antes debido a insuficiencia cardiaca o a fallo de medro, especialmente en los casos asociados a regurgitación mitral grave. Sus resultados son buenos, aunque frecuentemente no se consiga una perfecta estanqueidad de la válvula mitral, ya que en los procedimientos quirúrgicos para la reparación de la regurgitación mitral debe tenerse en cuenta que la regurgitación residual es mejor tolerada que la estenosis.

Canal atrioventricular común, corto circuito.

La fisiopatología de esta malformación se caracteriza por la existencia de un importante cortocircuito desde las cavidades cardíacas izquierdas hacia las derechas a través de los defectos de tabicación. A ello se añade la sobrecarga de volumen, ocasionada por la regurgitación de la válvula AV, que suele ser menos severa en los pacientes con síndrome de Down.

El cortocircuito izquierda-derecha produce un aumento del flujo pulmonar e hipertensión pulmonar, que interfiere en la caída de la presión y de la resistencia vascular pulmonar que suele tener lugar en las primeras semanas de la vida. A esta edad, por la presencia de esta hipertensión pulmonar, al existir poco gradiente de presión entre las cavidades cardíacas izquierdas y las derechas, el cortocircuito produce escasa turbulencia y, por ello, escasa manifestación semiológica a la auscultación, detectándose en ocasiones únicamente un suave soplo sistólico producido en la regurgitación AV y/o un ligero soplo sistólico eyectivo producido por el hiperaflujo a nivel de la vía pulmonar.

La sobrecarga cardíaca producida por el aumento de volumen debido al cortocircuito y a la regurgitación valvular ocasiona insuficiencia cardíaca que, en los primeros meses de la vida, se manifiesta clínicamente por polipnea, disnea, cansancio durante las tomas de alimento, desnutrición y estancamiento de la curva ponderal, con frecuentes infecciones respiratorias que deterioran todavía más el estado y desarrollo de estos enfermos. En esta fase, la radiografía simple de tórax demuestra una importante cardiomegalia con aumento del patrón vascular pulmonar. En ausencia de intervención terapéutica, si el enfermo sobrevive a estos primeros meses de la vida, el hiperaflujo pulmonar y la hipertensión pulmonar generan lesiones a nivel del árbol vascular pulmonar que conducen a un rápido y progresivo desarrollo de la enfermedad vascular pulmonar, condicionando un aumento de la resistencia al flujo pulmonar, que, en cierto modo, frena el hiperaflujo pulmonar debido al cortocircuito y se traduce en una ligera y progresiva mejoría de los signos de insuficiencia cardíaca. En muchos pacientes esta mejoría ya es evidente a partir del año de edad, cuando, debido a la enfermedad vascular pulmonar, la resistencia a la circulación pulmonar y las presiones a nivel de la arteria pulmonar y del ventrículo derecho han aumentado hasta alcanzar valores similares a los sistémicos. Generalmente, a esta edad, y debido a la existencia de una enfermedad vascular pulmonar establecida, en la mayoría de los pacientes ya se ha perdido

la opción de tratamiento quirúrgico y se empieza una época de relativo buen estado clínico, pero, conforme van avanzando los cambios patológicos de la enfermedad vascular pulmonar, la resistencia al flujo pulmonar se incrementa, supera la sistémica e invierte el cortocircuito, convirtiéndose en venoarterial, desde las cavidades cardiacas derechas hacia las izquierdas, lo que causa hipoxemia, cianosis y todo el cortejo fisiopatológico del síndrome de Eisenmenger. A este nivel evolutivo, el deterioro de la calidad de vida es importante, convirtiéndose en un lento proceso de “muerte anunciada” que puede prologarse durante dos o tres décadas.

Aunque el patrón electrocardiográfico suele ser bastante característico (es típica la desviación hacia los cuadrantes superiores e izquierdos del eje de QRS en el plano frontal), la ecocardiografía Doppler proporciona el diagnóstico anatómico y funcional de la malformación y, durante los primeros 6 meses de edad, puede ser una técnica de evaluación diagnóstica suficiente para, sin necesidad de otras técnicas más invasivas, abordar con garantías la reparación quirúrgica de la malformación.

Ante la sospecha de hipertensión pulmonar, sobre todo en enfermos con más de 6 meses de edad, puede estar indicada la realización de un estudio hemodinámico mediante cateterismo cardiaco, con la finalidad de evaluar el estado y la reversibilidad de la patología vascular pulmonar, ya que, para esta situación, la toma de una decisión quirúrgica acertada pasa por un cuidadoso estudio de la cuantía del cortocircuito, las presiones y resistencias pulmonares y su respuesta al test de vasodilatación con drogas vasodilatadoras pulmonares de acción rápida. Si se demuestra la reversibilidad de la hipertensión pulmonar, la cirugía, aunque con mayor riesgo, es la opción de preferencia. Ante la existencia de una patología vascular pulmonar ya no reversible, el riesgo quirúrgico es prohibitivo y condiciona además un peor pronóstico a largo plazo, por lo que la reparación quirúrgica no se considera indicada, quedando como única opción el tratamiento médico paliativo.

TRATAMIENTO

La estrategia terapéutica para esta malformación pasa por realizar un diagnóstico precoz que permita su reparación quirúrgica en las mejores condiciones clínicas posibles y antes de que se hayan establecido los cambios patológicos de la enfermedad vascular pulmonar, pues la hipertensión pulmonar añade un importante riesgo a la reparación quirúrgica, y la existencia de enfermedad vascular pulmonar establecida la contraindica. Todos los cambios

patológicos que conducen al establecimiento de una enfermedad vascular pulmonar suelen producirse durante el primer año de vida, pero en los enfermos con síndrome de Down suele producirse antes, por lo que el tiempo ideal para la reparación de esta malformación es antes de los primeros 6 meses de vida.

El tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca ayuda a evitar el deterioro clínico de estos pacientes y permite abordar el tratamiento quirúrgico en la mejor situación clínica posible. La reparación quirúrgica de la malformación debe hacerse precozmente y consiste en el cierre de los defectos de septación y la confección, a expensas del tejido disponible de la válvula AV común, de dos válvulas AV independientes que permitan una correcta conexión de cada aurícula con su correspondiente ventrículo y un funcionamiento valvular adecuado.

En la literatura se describen tres técnicas quirúrgicas:

- a) la clásica, realizada con parche único.
- b) la técnica de doble parche.
- c) la técnica de parche único, también conocida como técnica “australiana”.

El ecocardiograma-Doppler transesofágico realizado durante la intervención es de gran ayuda para la consecución de un correcto funcionamiento valvular.

En los pacientes que presentan un importante deterioro clínico, con muy mal estado nutricional y/o con importante hipertensión pulmonar, en los que la cirugía reparadora se considera de alto riesgo, se puede considerar como opción terapéutica quirúrgica una cirugía paliativa, consistente en el cerclaje (banding) de la arteria pulmonar, con la finalidad de disminuir el cortocircuito y, con ello, de mejorar la situación clínica y evitar el desarrollo y la progresión de la enfermedad vascular pulmonar. Tan pronto como sea posible, una vez alcanzada la estabilidad clínica, debe procederse al debanding y a la reparación quirúrgica de la cardiopatía.

PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO

En ausencia de tratamiento quirúrgico, estos pacientes tienen alta probabilidad de morir durante el primer año de edad debido a insuficiencia cardiaca y a sus complicaciones (malnutrición, infecciones respiratorias, etc.). Si superan el primer año de edad, el establecimiento de una enfermedad vascular permite que la vida de estos pacientes se

alargue hasta la segunda o tercera década, sufriendo todas las consecuencias del síndrome de Eisenmenger. La mortalidad atribuible a la reparación quirúrgica depende de la anatomía de la malformación, del estado clínico del enfermo y del grado de hipertensión pulmonar, pero en la mayoría de las series es inferior a un 7-10%. Los resultados a medio y largo plazo son buenos, dependiendo en gran medida del grado de competencia que se haya podido conseguir en el funcionamiento de las válvulas AV.

Aproximadamente entre un 5 y un 10% de los pacientes requieren a largo plazo revisión quirúrgica o reemplazo valvular por disfunción de la válvula AV izquierda. Otras complicaciones menos frecuentes descritas en el seguimiento de estos pacientes son: endocarditis, bloqueo AV, arritmias auriculares y ventriculares y estenosis subaórtica (esta última, sobre todo en los pacientes que requirieron reemplazo de la válvula).

Los resultados de la estrategia quirúrgica para los pacientes con disbalance ventricular también dependerán del grado de competencia de la válvula AV, aunque la evolución a largo plazo de las técnicas de reparación univentricular es todavía una incógnita.

REVISIONES Y CONTROLES CARDIOLÓGICOS

Pacientes operados

Debe realizarse una evaluación postoperatoria antes del alta hospitalaria. La valoración debe incluir:

- Eco-Doppler, para evaluar la bondad de la reparación: investigar el funcionamiento de las válvulas AV, los cortocircuitos residuales, la posibilidad de derrame pericárdico, etc.
- ECG para confirmar la función sinusal y la conducción AV.
- Radiografía simple de tórax evaluando el espacio pleural y posibles condensaciones pulmonares.

Los controles de seguimiento se establecerán de acuerdo con la existencia o no de lesiones residuales y su gravedad.

Pacientes sin lesiones residuales

Tras un control realizado aproximadamente a los 6 meses de la intervención, se seguirán controles anuales con ECG y ecocardiograma, estudiando especialmente el mantenimiento

de ritmo sinusal, la conducción AV, la existencia de arritmias, el funcionamiento de las válvulas AV y el posible desarrollo de estenosis subaortica.

Pacientes con lesiones residuales

La más frecuente es la insuficiencia de la válvula mitral y en cada caso las lesiones residuales deben individualizarse aconsejándose controles semestrales. La evaluación por eco-Doppler es obligada, y la reintervención sobre la válvula mitral se planteara según el grado funcional, la severidad de la insuficiencia y la repercusión sobre la aurícula izquierda, el ventrículo izquierdo y la presión de arteria pulmonar.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

ENFERMERIA DEL NIÑO



Instructivo para el manejo del instrumento de valoración del estado de salud del niño

EL PRESENTE INSTRUMENTO DE VALORACION DEL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO ES UNA AYUDA PARA RECABAR DATOS ACERCA DEL ESTADO DE SALUD Y ENFERMEDAD DEL NIÑO; TIENE COMO FUNDAMENTO LA METODOLOGIA DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y LA DETECCION DE LAS 14 NECESIDADES Y PARA SU MANEJO RECOMENDAMOS LOS SIGUIENTES PUNTOS:

-EN EL DATO DE FECHA: SE ESCRIBIRA EN QUE SE APLICO EL INSTRUMENTO.

1.- EN LA FICHA DE IDENTIFICACION SE CONTEMPLAN:

A. NOMBRE: ESCRIBIR SOLO LAS INICIALES

B. EDAD: SE ESPECIFICARA AÑOS Y/O MESES CUMPLIDOS

C. SEXO: COLOCAR UNA "M" SI ES MASCULINO O UNA "F" SI ES FEMENINO

D. FECHA DE NACIMIENTO: COLOCAR CON NUMERO DIA/MES/AÑO: 14/02/89

E. ORIGINARIO DE: EL PACIENTE PUEDE ESTAR RESIDIENDO TEMPORALMENTE AQUÍ Y PROVENIR DEL ESTADO, COLOCAR SU PROCEDENCIA.

F. NOMBRE DEL INFORMANTE Y PARENTESCO: ES IMPORTANTE YA QUE DE EL DEPENDE EL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE POSEA EL INFORMANTE ACERCA DEL PACIENTE.

G. OCUPACION: SERA LA OCUPACION DEL INFORMANTE, YA QUE EL TAL VEZ SEA EL ENCARGADO DEL CUIDADO Y MANUTENCION DEL PACIENTE

H. ESCOLARIDAD: ES IMPORTANTE PARA ADECUAR EL DIALOGO INDICACIONES ETC.

I. EDAD: ANOTAR LA EDAD DEL INFORMANTE EN AÑOS.

J. DOMICILIO: ESTE ES IMPORTANTE PARA CONOCER EL TRANSLADO HACIA EL HOSPITAL PARA REALIZAR LAS VISITAS A SU PACIENTE, ADEMAS DE LAS CARACTERSTICAS GENERALES DE SU ENTORNO.

K. TELEFONO: ANOTAR EL NUMERO TELEFONICO SI LO TIENE.

2.- EN ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES, TOMAR EN CUENTA LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

A. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: ANOTAR SI EXISTEN ENFERMEDADES EN LOS FAMILIARES DIRECTOS.

B. NUMERO DE HERMANOS: ANOTAR EL NUMERO DE HERMANOS Y SU EDAD DEL MAYOR A MENOR, LA IMPORTANCIA RADICA DE SABER SI ES UNA FAMILIA NUMEROSA O CONOCER EL PERIODO INTERGENESICO ENTRE ELLOS.

C. ESTADO DE SALUD DE LOS HERMANOS: ANOTAR SI EXISTEN ENFERMEDADES EN LOS HERMANOS PARA SABER SI ESTA ES CAUSA DEL PROBLEMA DEL MENOR O E TIPO DE CUIDADOS QUE SE LE PODRAN PROPORCIONAR.

3. EN ANTECEDENTES PRENATALES:

A. PRODUCTO DE LA GESTA O ANOTAR EL NUMERO DEL EMBARAZO DEL CUAL ES PRODUCTO MENOR.

B. ATENCION PRENATAL: MARCAR CON UNA X SI RECIBIO O NO ATENCION PRENATAL.

C. NO. DE VISITAS MEDICAS E INTERVALO: ANOTAR CUANTAS VECES Y CADA CUANTO ASISTIO A CONSULTA PRENATAL.

D. ALIMENTACION DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO: ANOTAR SI EXISTIERON ALTERACIONES RELEVANTES Y EL TRIMESTRE EN QUE ACONTECIERON.

4. EN ANTECEDENTES PERINATALES:

A. DURACION DEL EMBARAZO: ANOTAR EL NÚMERO DE SEMANAS QUE DURO ESTE.

B. PARTO ATENDIDO EN: ANOTAR EL HOSPITAL, DISPENSARIO U OTROS.

C. TIPO DE PARTO: EUTOCICO (SIN COMPLICACION), DISTOCICO (CON COMPLICACION)

D. COMPLICACIONES: ANOTAR LAS QUE SE HAYAN TENIDO O LAS QUE SE CONOZCAN.

E. APGAR: ANOTAR ESTE DATO SI SE ENCUENTRA EN EL EXPEDIENTE CLINICO.

F. REQUIRIO INCUBADORA, OXIGENOTERAPIA: PUEDE CONTESTARLO EL INFORMANTE Y CORROBORAR CON EL EXPEDIENTE.

G. PESO: ANOTAR EL PESO EN KILOGRAMOS Y GRAMOS

H. TALLA: ANOTAR LA TALLA EN CENTIMETROS.

I. P.C: PERIMETRO CEFALICO EN CENTIMETROS.

J. PA: PERIMETRO ABDOMINAL ANOTAR EN CENTIMETROS.

K. PT: PERIMETRO TORACICO ANOTAR EN CENTIMETROS

5. ESQUEMA DE INMUNIZACIONES:

-ANOTAR CON UNA X LAS VACUNAS CON LAS QUE CUENTA Y MARCAR OTRAS SI LAS TIENE.

6. EN LA VALORACION DEL NIÑO DE CERO A CUATRO AÑOS:

6.1: EN LA ALIMENTACION:

A. EN EL TIPO DE ALIMENTACION, MARCAR CON UNA X SI FUE LACTANCIA MATERNA, CON BIBERON, VASO Y CUCHARA, MIXTA SI FUE MIXTA, ANOTAR LA FORMULA USADA.

B. RITMO DE LA ALIMENTACION: ANOTAR SI SE ALIMENTA RAPIDA O LENTAMENTE

C. INTENSIDAD DE LA SUCCION: YA SEA DEBIL O FUERTE MARCAR

D. ABLACTACION: ANOTAR A QUE EDAD INICIO Y CON QUE ALIMENTOS.

E. NUM DE COMIDAS AL DIA: ANOTAR CON NUMERO LA CANTIDAD DE COMIDAS

F. FORMA DE DAR LOS ALIMENTOS: ANOTAR SI FUE EN PAPILLA, PICADO OTROZO

G. NECESITA AYUDA PARA COMER: ANOTAR SI O NO LA NECESITA.

H. ALIMENTOS Y BEBIDAS PREFERIDOS: ANOTAR LOS MÁS RELEVANTES.

I. ALIMENTOS Y BEBIDAS RECHAZADOS: ANOTAR LOS MÁS RELEVANTES.

J. INTOLERANCIAS: INCLUIR LOS ALIMENTOS QUE CAUSAN ALTERACION O REACCION ANAFILACTICA.

K. INGESTA DE ALIMENTOS A LA SEMANA: ANOTAR EL NUMERO DE VECES A LA SEMANA EN QUE SE CONSUMEN LOS GRUPOS DE ALIMENTOS MARCADOS, INCLUIR OTROS NO CONTEMPLADOS.

L. PREPARACION DE ALIMENTOS: SOLO ANOTAR SI SE LLEVAN A CABO LAS MEDIDAS ENLISTADAS, PROCURAR NO CUESTIONAR DIRECTAMENTE PARA NO RESPONDER FALSAMENTE

6.2. EN LA ELIMINACION.

A. FRECUENCIA DE LA ELIMINACION: ANOTAR EL NUMERO DE VECES QUE MICCIONA Y NUMERO DE VECES QUE EVACUA AL DIA.

B. ELIMINA EN: ESCRIBIR SI LO REALIZA YA SEA EN PAÑAL, ENTRENADOR O BAÑO.

C. CONTROL DE ESFINTERES: MARCAR SI O NO Y SI YA CONTROLA ANOTAR LA EDAD EN QUE LO REALIZO.

D. CARACTERISTICAS DE LA EVACUACION: ANOTAR COLOR, OLOR Y CONSISTENCIA O TAMBIEN INCLUIR LO QUE USTED OBSERVE EN EL MOMENTO.

6.3. REPOSO Y SUEÑO

A. HABITOS PARA DORMIR: INCLUIR SI REQUIERE DE COMPAÑÍA, OBJETOS U OTROS PARA DORMIR.

B. NÚMERO DE HORAS DE SUEÑO: ANOTAR EL NÚMERO DE HORAS Y SI ES ININTERRUMPIDO O SI ES TRANQUILO.

C. SI ESTAS: SI EL NIÑO TOMA SIESTAS, ANOTAR EL NUMERO DE HORAS

6.4. VESTIDO

A. SE VISTE SOLO O CON AYUDA: ANOTAR LA MODALIDAD DESCRITA

B. ACTIVIDADES INDEPENDIENTES PARA SU VESTIDO: ESCRIBIR QUE ACTIVIDADES REALIZA POR SI SOLO EL NIÑO PARA VESTIRSE.

6.5. HIGIENE

A. FO DE BAÑO: ANOTAR EL NUMERO DE VECES A LA SEMANA EN QUE SE BAÑA EL NIÑO Y MARCAR CON UNA X SI ES PARCIAL O COMPLETO

B. FC. LAVADO DE MANOS: NUMERO DE VECES AL DIA QUE LO REALIZA.

C. FC LAVADO DE DIENTES: NUMERO DE VECES AL DIA QUE LO REALIZA

6.6 TEMPERATURA.

A. VENTILACION E ILUMINACION DE LA HABITACION DONDE DUERME: ANOTAR CON CUANTAS VENTANAS CUENTA SU RECAMARA Y SI POSEE ILUMINACION

6.7. MOVILIDAD Y POSTURA:

A. MARCAR CON UNA X LAS CAPACIDADES DE MOVILIDAD Y POSTURA QUE POSEE DE ACUERDO A SU PROCESO DE MADURACION.

6.8. OXIGENACION.

A. RESPIRA POR LA NARIZ: ANOTAR SI LO HACE POR LA NARIZ O POR BOCA.

B. FUMADORES EN CASA: ESTA ES UNA PREDISPOSICION A ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL NIÑO.

C. ALTERACION AL RESPIRAR: EL NIÑO AL HACER EJERCICIO, SUBIR ESCALERAS O CON OTRAS ACTIVIDADES PUEDE TENER DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ANOTAR.

D. CIANOSIS: EXPLICAR AL FAMILIAR SI EL NIÑO SE PONE AMORATADO O VIOLACEO EN SU COLORACION Y LAS CAUSAS A LAS QUE SE ATRIBUYE.

6.9. COMUNICACIÓN:

A. DE ACUERDO A SU ETAPA DE DESARROLLO MARQUE CON UNA X LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LAS QUE SE ENCUENTRA EL NIÑO

B. RELACION FAMILIAR: ANOTAR COMO ES SU INTEGRACION AFECTIVA

C. SU HIJO ES ALEGRE, TIMIDO, AGITADO, AGRESIVO, INDEPENDIENTE, DEPENDIENTE: ANOTAR CON UNA X LA QUE EL INFORMANTE CREA CORRECTA.

6.10. REALIZACION:

A. EN LOS JUEGOS: COLOCAR SI EL NIÑO PARTICIPA O SE AISLA.

B. SU HIJO IMITA A: INDICAR SI EL NIÑO REALIZA IMITACION DE LAS ACTIVIDADES DE ALGUIEN DE LA FAMILIA.

6.11. RECREACION:

A. PREFERENCIAS RESPECTO A: INDICAR SI EL NIÑO TIENE JUEGOS O DEPORTES PREFERIDOS, OBJETOS CON LOS QUE LE GUSTA DISTRAERSE, ANIMALES DE SU PREDILECCION O PERSONAS CON LAS QUE LE GUSTA ESTAR, ANOTE OTRAS SI LAS TIENE.

6.12. SEGURIDAD.

A. ALGUN PROBLEMA DE SALUD AGREGADO AL DE HOSPITALIZACION: EN OCASIONES E NIÑO PUEDE TENER ALGUNA ENFERMEDAD O ANOMALIA DISTINTA A LA DE SU RAZON DE HOSPITALIZACION

B. PROGRAMACION DE VISITAS A SU HIJO: ANOTE QUIEN REALIZARA LAS VISITAS Y CADA CUANTO LOS HARA.

C. PARTICIPACION EN LOS CUIDADOS DE SU HIJO: ES IMPORTANTE DESCRIBIR SI EL FAMILIAR OTORGA ATENCION SOBRE EL CUIDADOR DE SU HIJO YA QUE ESTO NOS HABLA DE LA ASISTENCIA QUE EL BRINDARA EN SU HOGAR.

D. ALGUN MIEDO: DESCRIBIR ALGUN MIEDO POR PARTE DEL FAMILIAR PARA CUIDAR A SU HIJO O IDENTIFICAR MIEDOS EN EL MENOR QUE NOS PODRIAN HABLAR DE ANOMALIAS EN SU TRATO.

E. CAMBIOS IMPORTANTES EN LA FAMILIA EN LOS ULTIMOS TRES MESES SEÑALAR ESTOS YA QUE REPERCUTEN EN EL ESTADO DE SALUD Y LA RECUPERACION DEL NIÑO.

F. ALGUNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA EN QUIENES LE RODEAN, ESTO PUEDE SER INDICATIVO DE QUE LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO PUEDE HABER SIDO TRANSMITIDA EN SU HOGAR O AL MOMENTO DE DARSELE DE ALTA PUEDA COMPLICAR SU SALUD AL ENCONTRARSE EN CASA.

MEDICAMENTOS TOMADOS EN CASA Y FORMA DE TOMARLOS: ES INDICATIVO DE LA AUTOMEDICACION, ADEMÁS NOS HABLA DE LOS HABITOS PARA HACER QUE EL NIÑO OBEDEZCA.

6.13- APRENDIZAJE:

A. CONOCIMIENTOS EN RELACION A LA HOSPITALIZACION Y CUIDADOS DEL NIÑO ESTO ES IMPORTANTE PARA SABER QUE TANTO DEMANDARA PROMOCION A LA SALUD O MEDIDAD ESPECIFICAS DE CUIDADO TANTO EL FAMILIAR COMO EL NIÑO.

6.14: RELIGION

A. ANOTAR LA RELIGION DE LOS PADRES Y LA IMPORTANCIA QUE TIENE ESTA PARA RECUPERAR LA SALUD DEL NIÑO

6.15. OBSERVACIONES:

-SI USTED REALIZA OBSERVACIONES O DEDUCE ALGUNAS CONDUCTAS ACERCA DEL FAMILIAR O EL NIÑO NO CONTEMPLADAS EN EL INSTRUMENTO, ESCRIBIR ACERCA DE ELLAS; USTED AL MOMENTO DE APLICAR EL INSTRUMENTO TAMBIEN PUEDE CORROBORAR LAS RESPUESTAS OBSERVANDO Y EXPLORANDO AL MENOR.

6.16. **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

USTED PUEDE COLOCAR AQUÍ LOS DIAGNOSTICOS DETECTADOS Y QUE PUEDEN SER INDEPENDIENTES DE LA CAUSA DE HOSPITALIZACION DEL NIÑO Y QUE NOS HABLAN DE SU DESARROLLO EN SU ENTORNO.

7. EN LA VALORACION DEL NIÑO DE CINCO A ONCE AÑOS DE EDAD:

AQUÍ SOLO SE HARA MENCION DE AQUELLAS CARACTERISTICAS QUE SEAN DISTINTAS A LA VALORACION DEL NIÑO DE CERO A CUATRO AÑOS.

7.2. ELIMINACION

A. SE ORINA EN LA CAMA: ANOTAR SI O NO Y LA EDAD EN QUE DEJO DE HACERLO

B. PROBLEMAS EN LA ELIMINACION: ANOTAR SI EXISTEN DISURIA O ESTREÑIMIENTO O ALGUNA CARACTERISTICA EN PARTICULAR.

7.3. VESTIDO:

A. ELIGE SU ROPA: ES IMPORTANTE CONOCER LA INICIATIVA QUE EL NIÑO TIENE PARA ELEGIR SU ROPA; ESTO HABLA DE SUS INTERESES POR SI MISMO

7.4. HIGIENE:

A. LIMPIEZA DE ZAPATOS: SI LO REALIZA O NO EL NIÑO

7.6. MOVILIDAD Y POSTURA:

A. ALGUNA ALTERACION PARA MOVERSE O CAMINAR, EXPLICAR SI EL NIÑO LA TIENE, CUESTIONE Y OBSERVE

B. USO DE ALGUN APARATO ORTOPEDICO: SEÑALAR SI LO USA Y CUAL

C. POSTURA: SEÑALAR LAS POSTURAS BUENAS O ANOMALAS SENTADO O DE PIE.

7.9. COMUNICACIÓN

A. PROBLEMAS AUDITIVOS O VISUALES: SEÑALAR LOS QUE CONOZCA EL FAMILIAR Y LO QUE USTED OBSERVE

B. PROBLEMAS DE LENGUAJE: SEÑALAR LOS QUE CONOZCA EL FAMILIAR Y LOS QUE USTED OBSERVE.

C. DESCRIBA EL CARÁCTER DE SU HIJO: ESTO NOS HABLA DEL CONOCIMIENTO Y LA RELACION AFECTIVA QUE SE LLEVA CON EL NIÑO

7.10. REALIZACION:

A. PERTENCE A GRUPO SOCIAL DISTINTOS DE LA ESCUELA: EL NIÑO PUEDE PERTENECER A UN GRUPO DE DEPORTES O RELIGIOSO

B. SU PARTICIPACION EN EL GRUPO ES: SEÑALAR SI PARTICIPA ACTIVAMENTE O TAL VEZ NO LE INTERESA.

7.11. APRENDIZAJE:

A. GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIÑO: ESCRIBIR NIVEL Y GRADO EN QUE SE ENCUENTRA.

B. GRADO DE ESCOLARIDAD DE QUIEN LO CUIDA: ESCRIBIR EL GRADO ÚLTIMO

C. PROBLEMAS DE APRENDIZAJE DEL NIÑO: EL INFORMANTE PUEDE CONOCER DE PROBLEMAS SUSCITADOS EN LA ESCUELA ACERCA DE SU APRENDIZAJE.

7.12. CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS:

ANOTAR LOS CARACTERES SEXUALES Y LA EDAD EN QUE APARECIERON.

8. EXPLORACION FISICA:

LA EXPLORACION FISICA SE REALIZARA DE CABEZA A PIES, PERO SOLO ANOTARA LOS ASPECTOS RELEVANTES O QUE DETECTE COMO UN PROBLEMA, CON EL FIN DE HACER ESPECIFICA ESTA EXPLORACION.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ENFERMERIA DEL NIÑO



GUIA PARA REALIZAR EXPLORACION FISICA

Peso: _____ F.C. _____ F.R. _____

Talla _____ T/A _____ / _____ T° _____

1. Cabeza

- a) Simétrico b) Hundimientos c) Deformidad
d) Otros _____

II. Piel

- a) Hidratada b) seca c) Suave d) Ictericia
e) Eritema f) Palidez g) Nódulos h) Costras
i) Escoriación j) Cicatrices k) Vitíligo l) Edema
m) Otros _____

III. Anexos de la piel

- a) Pelo Brillante Opaco Resequedad Alopecia
 Tiña Quebradizo Despigmentado Pediculosis
 Otros _____
b) Uñas Rosadas Cianosis Palidez Traslucidas
 Forma convexa Muy cortas Otras _____

IV. Rostro

- a) Simétrico b) Asimétrico c) Edema
d) Otros _____

V. Ojos

- A)Simétricos b) Juntos c)Separados d)Edema
E)Exoftalmos f) Blefaritis g)Orzuelo h)Lagrimeo
i) Conjuntivitis j) Cataratas k)Estrabismo

Agudeza visual del ojo derecho _____

X, Tórax y abdomen.

- a) Dolor
- b) Disnea
- c) Tos
- d) Expectoraciones
- e) Estertores
- f) Sibilancias
- g) Hundimiento
- h) Ruidos respiratorios normales

l) Alteraciones _____

(Especificar tipo)

XI. Corazón

- a) Ruidos normales
- b) Dolor
- c) Palpitaciones
- d) Otro _____

XII. Abdomen

- a) Anomalías cutáneas
- b) Globoso
- c) Cicatrices
- d) Depresible
- e) Peristálsis normal
- f) Peristálsis anormal
- g) Erupciones
- h) Hernias
- i) Tono muscular anormal
- j) Masas Palpables
- Palpación de megalias

XIII. Sistema musculo esquelético

- a) Extremidades superiores: simétricas normotróficas Fracturas
- Deformidades Otros _____

- b) Extremidades inferiores simétricas Luxación de cadera
- Claudicación para caminar pie plano
- Otros _____

- c) Columna vertebral Lordosis Escoliosis Espina bífida
- Otros _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
 OBSTETRICIA



ENFERMERIA DEL NIÑO

Valoración del estado de salud del niño

I. Ficha de Identificación

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Originario de: _____

Nombre _____ del _____ informante _____ y
 parentesco: _____

Ocupación _____ Escolaridad _____ Edad _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

II. Antecedentes heredofamiliares

Antecedentes patológicos (padres, tíos, abuelos), neoplasias, endocrinos, cardiacos, congénitos, neuropsiquiaticos, alérgicos, toxicomanías, etc.

Número de hermanos, edad (mayor a menor) _____

Estado de salud de los hermanos: _____

III. Antecedentes prenatales

Producto e la gesta No. _____ Atención prenatal: Si ___ No ___ Número de visitas médicas a
 intervalo _____

Alimentación de la madre durante el embarazo _____

Padecimientos de la madre durante el embarazo (trimestre) _____

IV. Antecedentes perinatales

Duración del embarazo: _____ Parto atendido en: _____

Tipo de parto: _____ Complicaciones: _____

Apgar: ____ / ____ Requirió: Incubadora _____ (tiempo), Oxigenoterapia _____

Peso: _____ Talla: _____ P.C _____ P.A _____ P.T _____

V. Esquema de Inmunizaciones

Vacuna	1ra	2da	3ra	Refuerzos
Antipoliomelítica				
Pentavalente				
Antisarampionosa				
BCG				
Otras				

VI. Valoración del niño de cero a cuatro años

Alimentación

Tipo: Materna _____ Biberón _____ Vaso y cuchara _____ Mixta _____ Fórmula _____

Ritmo de la alimentación: Lenta _____ Rápida _____

Intensidad de la succión: Débil _____ Fuerte _____

Ablactación (edad en que inició) _____ Alimentos iniciados _____

No. De comidas al día: _____

Alimentos ingeridos en: Papilla _____ Picados _____ Trozos _____

Necesita ayuda para comer: Si _____ No _____

Alimentos y bebidas preferidos: _____

Alimentos y bebidas rechazados: _____

Intolerancias: _____

Ingesta de alimentos a la semana (frecuencia):

Cereales _____ Frutas _____ Jugos y licuados _____ Carne _____

Huevo _____ Otros: _____

Preparación de alimentos:

Hierve el agua o agrega alguna sustancia: Si _____ No _____

Lava las frutas y verduras: Si _____ No _____ Cuece o fríe las carnes: Si _____ No _____

Observaciones: _____

Eliminación

Frecuencia de la eliminación: Urinaria _____ Intestinal _____

Elimina en: Pañal _____ Entrenador _____ Baño _____

Control de esfínteres: Si _____ No _____ Edad: _____

Características de la evacuación urinaria o intestinal: _____

Reposo y sueño

Hábitos para dormir (compañía, juguetes etc.): _____

No. De horas de sueño _____ Ininterrumpido Si _____ No _____ Tranquilo Si _____ No _____

Siestas: Si _____ No _____ Duración _____

Vestido

Se viste solo o con ayuda: Solo _____ Necesita ayuda _____ Actividades independientes par su vestido _____

Higiene

Fc de baño _____ Parcial _____ Completo _____

Fc lavado de manos: _____ Fc. Lavado de dientes: _____

Temperatura

Ventilación e iluminación de la habitación donde duerme: _____

Movilidad y postura

Mantiene erguida la cabeza: SI _____ NO _____ Rueda sobre si mismo: SI _____ NO _____

Pasa objetos de una mano a otra: SI _____ NO _____ Se sienta solo: SI _____ NO _____

Gatea: SI _____ NO _____ Camina con apoyo SI _____ NO _____

Camina solo: SI _____ NO _____ Corre: SI _____ NO _____

Sube escaleras alternando los pies SI _____ NO _____ Se sostiene en un pié SI _____ NO _____

Usa algún aparato ortopédico: SI _____ NO _____

Oxigenación

Respira por la nariz: SI _____ NO _____ Fumadores en casa SI _____ NO _____

Alteración al respirar (atribuido a): _____

Cianosis (atribuida a): _____

Comunicación

Fija la mirada SI ___ NO ___ Sonríe SI ___ NO ___

Sigue objetos con la mirada SI ___ NO ___ Balbucea SI ___ NO ___

Primeras palabras (edad): _____

Organiza frases SI _____ NO _____ Relación familiar: _____

Su hijo es: Alegre _____ Tímido _____ Agresivo _____ Independiente _____

Dependiente _____

Realización

En los juegos: práctica _____ Se aísla _____

Su hijo imita: _____

Recreación

Preferencias respecto a:

- Juego o deportes _____
- Animales: _____
- Personas: _____

Seguridad

Algún problema de salud agregado al de hospitalización: _____

Programación de visitas a su hijo (quien y cuando): _____

Participación en los cuidados de su hijo: _____

Algún miedo: _____

Cambios importantes en la familia (mudanza, desempleo, separación, enfermedad) en los últimos tres meses _____

Alguna enfermedad contagiosa en quienes le rodean: _____

Medicamentos formados en casa y forma de proporcionarlos: _____

Aprendizaje

Conocimientos de los padres e importancia para la salud del niño: _____

Religión

Religión de los padres e importancia para la salud del niño: _____

Observaciones:

VII. Valoración del niño de cinco a once años

Alimentación

Ingesta de alimentos (con o sin apetito) _____

Alimentos y bebidas que prefiere: _____

Alimentos y bebidas que rechaza: _____

Intolerancias _____

Ingesta de alimentos a la semana (frecuencia):

Cereales _____ frutas _____ jugos y licuados _____

Carnes _____ huevo _____ otros: _____

Preparación para alimentos:

Hierve el agua o agrega alguna sustancia: SI _____ NO _____

Lava frutas y verduras: SI _____ NO _____

Cuece o fríe las carnes: _____ observaciones _____

Eliminación:

Se orina en la cama: SI _____ NO _____ Edad en que dejo de hacerlo: _____

Fc. De eliminación urinaria e intestinal: _____

Características _____

Problemas en la eliminación: _____

Reposo y sueño

Hábitos _____ para _____ dormir _____ (compañía, _____ juguetes etc) _____

No. De horas de sueño _____ Ininterrumpido SI _____ NO _____

Tranquilo SI _____ NO _____

Pesadillas SI _____ NO _____

Vestido

Se viste solo: SI _____ NO _____ Elige su ropa: SI _____ NO _____

Higiene

Fc. Del baño: _____ Parcial _____ - Total _____

Diagnostico de enfermería (ver anexo)

Recreación

Preferencias en relación a:

- Juego o deporte _____
- Objetos _____
- Animales _____
- Personas _____
- Televisión _____

Seguridad

Algún problema de salud agregado al de hospitalización _____

Programación de visitas a su hijo (quien y cuando) _____

Participación en los cuidados de su hijo (hogar y hospital) _____

Cambios importantes en la familia (mudanza, desempleo, separación, enfermedad) en los últimos tres meses _____

Medicamentos tomados en casa y forma de proporcionarla _____

Aprendizaje

Grado de escolaridad del niño: _____

Grado de escolaridad de quien lo cuida: _____

Problemas de aprendizaje del niño: _____

Conocimientos acerca de la hospitalización y cuidados del niño _____

Religión

Religión de los padres e importancia para la salud del niño: _____

Fc. De lavado de manos _____ Fc cepillado de dientes _____

Cambio de ropa: SI _____ NO _____ Limpieza de zapatos: SI _____ NO _____

Temperatura

Iluminación, ventilación, y temperatura de la habitación: _____

Uso de algún aparato ortopédico: _____

Postura (sentado, de pie) _____

Observaciones: _____

Oxigenación

Características de la respiración: _____

Fumadores en casa: SI _____ NO _____

Alteraciones al respirar (atribuida a): _____

Comunicación

Relación familiar _____

Problemas auditivos y/o visuales: _____

Problemas de lenguaje: _____

Describe el carácter de su hijo (introvertido, extrovertido) _____

Realización

Su hijo imita a: _____

Pertenece a un grupo social distinto a la escuela (menciónelo) SI _____ NO _____

Su participación en el grupo es: _____

Recreación

Preferencias en relación a:

- Juego o deporte _____
- Objetos _____
- Animales _____
- Personas _____
- Televisión _____

Seguridad

Algún problema de salud agregado al de hospitalización _____

Programación de visitas a su hijo (quien cuando) _____

Participación en los cuidados de su hijo (hogar, hospital) _____

Cambios importantes en la familia (mudanza, desempleo, separación, enfermedad) en los últimos tres meses: _____

Medicamentos tomados en casa y forma de proporcionarlos: _____

Aprendizaje

Grado de escolaridad del niño: _____

Grado de escolaridad de quien lo cuida _____

Problemas de aprendizaje del niño _____

Conocimientos acerca de la hospitalización y cuidados del niño: _____

Religión

Religión de los padres e importancia para la salud del niño: _____
