



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL**



1943 - 2018
75 años haciéndolo mejor

SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO DR. FEDERICO GÓMEZ

ESTUDIO DE CASO:

**DEPENDENCIA EN LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES EN UN
LACTANTE POR ATRESIA DE ESÓFAGO.**

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

PRESENTA:

LIC. EN ENFERMERÍA JUAN MANUEL ORTEGA CRUZ

ASESORADO POR:

E.E.I. MARICELA CRUZ JIMÉNEZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I INTRODUCCIÓN	1
II Objetivos	3
2.1 General.....	3
2.2 Específicos.....	3
III MARCO REFERENCIAL	4
3.1 Artículos revisados con el modelo de Virginia Henderson.....	4
IV MARCO CONCEPTUAL	13
4.1 Virginia Henderson.....	13
4.2 Proceso de Atención de Enfermería.....	21
4.3 Aspectos éticos.....	31
4.4 Generalidades de crecimiento y desarrollo de acuerdo al grupo etario...35	
4.5 Factor de dependencia (Atresia de Esófago).....	42
V METODOLOGIA	49
5.1 Método e instrumentos utilizados.....	49
VI PRESENTACION DEL CASO	50
6.1 Descripción del caso.....	50
VII APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	52
7.1 Valoración y jerarquización de las necesidades.....	52
7.2 Proceso diagnóstico.....	61
7.3 Planeación de intervenciones especializadas.....	65
7.4 Ejecución y evaluación.....	140

VIII PLAN DE ALTA.....	142
IX CONCLUSIONES.....	144
X SUGERENCIAS.....	145
XII BIBLIOGRAFIA.....	146
XII ANEXOS.....	152

DEDICATORIA

A mi esposa y a mis hijos por estar siempre a mi lado, apoyarme y animarme a cumplir un sueño.

A mis padres, quienes son parte de mi formación y por su gran apoyo y enseñanzas a lo largo de la vida.

A mis hermanos y familia por haber contribuido en mi formación.

A una gran amiga, quien siempre me animo y quien influyo para iniciar esta travesía.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestras y maestros por compartir sus conocimientos.

A mis tutoras y tutores por guiarme en esta travesía.

En especial a mi tutora y coordinadora de la especialidad E.E.I.

Maricela Cruz Jiménez, por su guía durante la especialidad y valioso apoyo y por siempre creer en mí.

A mis compañeros y amigos, por apoyarme y animarme para iniciar y continuar la especialidad.

Al Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez por darme todas las facilidades para superarme profesionalmente.

I.INTRODUCCIÓN.

Actualmente ante los avances de la enfermería y la utilización e implementación de métodos tecnológicos, éticos y de cuidados, es importante estar a la vanguardia en la atención que se brinda a la población pediátrica.

Es de vital importancia conocer la situación actual de la salud en México, en este caso la salud en los pacientes en edad pediátrica, la cual día con día es más compleja, por lo que nos exige brindar cuidados más especializados y específicos, obligándonos a adquirir conocimientos que se van generando diariamente e implementarlos como cuidados de enfermería de una forma sistemática y organizada en beneficio de la población infantil.

El siguiente estudio de caso fue realizado en el Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez, en un paciente lactante, titulado Dependencia en las necesidades fundamentales en un lactante por atresia de esófago; para fundamentar el caso, se utilizó las bases teóricas y filosóficas de Virginia Henderson, con una fundamentación legal sobre aspectos éticos, consentimiento informado y código de ética para el personal de enfermería; hay mención de las generalidades de crecimiento y desarrollo; se desarrolla la patología que presenta el paciente. Dentro de la metodología utilizamos instrumentos proporcionados por la Universidad Nacional Autónoma de México, como son instrumento de valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años, reporte diario de valoración focalizada y consentimiento informado para estudio de caso.

Para continuar se realiza la presentación del caso donde describimos el caso, sus antecedentes y su habitus externo.

Para finalizar se implementa el Proceso de Atención de Enfermería, con la valoración, continuando con un análisis de las necesidades y jerarquización de acuerdo con el grado de dependencia, siguiendo con la elaboración de diagnósticos de enfermería utilizando el formato PESS (Problema, Etiología,

Signos y Síntomas), se planean planes de intervenciones especializadas de las 14 necesidades, realizando la implementación a través de la ejecución y por último la evaluación y la elaboración de un plan de alta.

II Objetivos

2.1 General

Elaborar un estudio de caso, sustentado en modelo de Virginia Henderson con el Proceso de Atención de Enfermería, en un lactante con dependencia en las necesidades fundamentales por Atresia de Esófago, en el Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez.

2.2 Específicos

- Realizar búsqueda científica y focalizada que justifique el siguiente estudio de caso.
- Realizar valoración exhaustiva para determinar el nivel y grado de independencia y dependencia en el paciente lactante con dependencia en las necesidades fundamentales.
- Elaborar diagnósticos de enfermería basados en las fuentes de la dificultad.
- Elaborar intervenciones de enfermería especializados, de acuerdo a las necesidades individuales del paciente.
- Evaluar las medidas implementadas, para determinar su eficacia o hacer las modificaciones que permitan solucionar los problemas del paciente.
- Elaborar un Plan de Alta dirigido al paciente y su familia.

III MARCO REFERENCIAL

3.1 Artículos revisados

Para la elaboración de este caso se realizó una búsqueda bibliohemerográfica de forma exhaustiva y de manera intencionada de artículos relacionados con la filosofía de Virginia Henderson y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, aplicados en pacientes en edad pediátrica.

Los buscadores utilizados fueron: Ebsco, Scielo, Google académico, Redalyc, SibiUNAM. Los países donde se realizó la búsqueda fueron, España, Chile, México y Venezuela. Se encontraron 11 artículos, de los cuales tres corresponden a paciente neonato, uno a lactante, uno a preescolar, tres escolares y tres de adolescentes; los cuales se describen a continuación.

El primer caso se refiere a un paciente neonato con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria, atendido en una institución de tercer nivel del estado de México.

El objetivo fue conjuntar teoría y práctica profesional, para lograr en lo posible la independencia de un neonato con síndrome de dificultad respiratoria.

La metodología utilizada fue el proceso de atención de enfermería y el modelo de las 14 necesidades, para obtener la información se usaron fuentes directas e indirectas y búsqueda en base de datos, durante el diagnóstico se identificaron 8 diagnósticos reales, 2 de riesgo y 2 de bienestar. Se jerarquizan las necesidades y se aborda la necesidad de oxigenación por el compromiso ventilatorio. En cada uno de estos se presenta fuente de la dificultad, rol de la enfermera, grado nivel y duración de la dependencia, diagnóstico, objetivo, intervención, acciones y evaluación.

Se realizó valoración general cefalocaudal y focalizada de las 14 necesidades, se formularon diagnósticos bajo el formato PESS, en la planeación se consideran los conceptos de Independencia y Dependencia, niveles de dependencia, los elementos, funciones de la enfermera y fuentes de la dificultad. Durante la ejecución se toma en cuenta los valores o asunciones

filosóficas, haciendo énfasis en las funciones de la enfermera. En la evaluación se aplican los conceptos de autonomía, manifestaciones de independencia, consecuencia de las intervenciones y la definición de salud. Los autores concluyen el logro de independencia del neonato y se encuentra en su domicilio sin complicaciones.¹

El siguiente caso se refiere a una paciente femenina con síndrome de Patau, realizado en un Hospital general de la zona conurbada de la Ciudad de México. Se encontraba en cuidados paliativos.

La metodología utilizada fue primero obtener un consentimiento informado del cuidador, para seguir con una valoración integral, una visita domiciliaria, utilizó anamnesis indirecta, exploración física y la consulta en el expediente; para la formulación de los diagnósticos utilizó el formato PES. Implementó el PAE a través de sus 5 etapas y para la revisión bibliográfica utilizó fuentes de consulta como Pubmed a través del uso de palabras claves.

Realizaron la valoración de enfermería mencionando 9 necesidades alteradas, elaboraron 4 diagnósticos, las intervenciones se elaboraron jerarquizando y priorizando cada necesidad alterada.

Los autores evaluaron que se mejoró el control de emociones, se transmitió la información a los padres quienes accedieron a firmar la carta de voluntad anticipada.

Los autores concluyeron la importancia que tiene brindar cuidados paliativos de calidad para dar calidad de vida a los pacientes brindando asistencia de calidad científica y humana.²

A continuación, el siguiente caso trata de un recién nacido con múltiples lesiones en la piel, diagnosticado con Epidermólisis Bullosa en un Hospital de segundo nivel en Rio Blanco, Veracruz.

La metodología, utilizaron la entrevista para recolectar información, los instrumentos que utilizaron fue la historia clínica y la guía de valoración en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson en base al análisis plantearon un diagnóstico real de enfermería, estableciendo intervenciones de

enfermería dirigidas al manejo higiénico - dietético y prevención de infecciones.

Concluyen que con la aplicación del proceso enfermero obtuvieron resultados favorables, a pesar de ser un caso no visto en esta unidad, se implementaron las intervenciones, las cuales no fueron fáciles de aplicar, pero se logró adecuar una buena práctica en la atención.³

Los autores presentaron el caso de un lactante masculino de 1 año 6 meses de Uruapan Michoacán, al nacimiento detectaron ectopia cordis parcial toracoabdominal, hospitalizado durante 1 mes, referido al Instituto Nacional de Cardiología para su tratamiento, presentado médico quirúrgica donde se decide que no es candidato a procedimiento quirúrgico, se refirió al Hospital Infantil de México.

El objetivo fue desarrollar un proceso enfermero, aplicado a un lactante mayor con Pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. Realizaron diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar basado en la taxonomía NANDA y el formato PESS, identificaron la relación de suplencia/dependencia, y elaboraron un plan de alta.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal como metodología durante dos meses, basado en el PAE, con el enfoque conceptual de Virginia Henderson, abordaron las necesidades, con un instrumento validado.

Valoran 14 necesidades, solo presentaron las más alteradas, Necesidad de Oxigenación, alimentación, eliminación, movilidad y postura y de seguridad.

Los resultados obtenidos fueron 4 diagnósticos reales, 6 de riesgo y 2 de bienestar, generaron 63 intervenciones.

Los autores concluyeron que el proceso enfermero es fundamental para brindar cuidados de calidad, no disminuyó la dependencia o la suplencia total de enfermería, no hubo complicaciones y orientaron al familiar.⁴

A continuación, el siguiente caso trato de un preescolar masculino de 2 años 11 meses por presentar tropiezos, disminución progresiva de la fuerza, tratado en la comunidad por médico particular, quien le da tratamiento para la

columna, acude al servicio de urgencias por no mostrar mejoría, donde se diagnostica Guillain Barre.

El objetivo fue describir el caso de un paciente con Guillain Barre, utilizando el proceso enfermero desde el enfoque de Virginia Henderson.

La metodología que se utilizó fue, la recolección de la información utilizando la entrevista y la observación, los instrumentos facilitadores fueron la historia clínica y la guía de valoración por aparatos y sistemas, plantearon un diagnóstico real de enfermería y establecieron intervenciones de enfermería. Los autores concluyeron de la importancia que tiene para enfermería las diferentes herramientas metodológicas que le facilitan el enfoque de las intervenciones de enfermería, fundamentada en teorías y modelos.⁵

Los autores presentaron el caso de un escolar femenino de 7 años con diagnóstico de Pielonefritis Aguda.

La metodología que utilizaron fue la presentación y utilización del Proceso de Enfermería, la información fue recolectada de la ficha clínica, registros del equipo de salud, examen físico, anamnesis, entrevista al familiar y la observación. Organizaron la información según la teoría de Virginia Henderson, seguido de los diagnósticos de enfermería en formato PES; en la planeación se plantearon los objetivos y se estableció un plan de intervención, la evaluación se realizó mediante la monitorización de los indicadores planteados, evaluaron que la escolar se mantuvo tranquila, y que la comunicación con el personal se mantuvo ambivalente.

Los autores concluyeron que la hospitalización genera consecuencias físicas, psicológicas y sociales, para realizar una valoración integral, se requiere establecer relaciones interpersonales afectivas entre el enfermero y el paciente, dando prioridad a la comunicación este estudio permite estimular la reflexión individual y colectiva respecto al ejercicio profesional, tienen pendiente avanzar en la sistematización del proceso enfermero que asegure un cuidado integral.⁶

El siguiente caso trata de un paciente de 12 años, diagnosticado de una estenosis aórtica a los 8 años, quien presentó fiebre y malestar general durante 2 meses en un Hospital Infantil en España.

Realizaron la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, elaborando diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, con sus intervenciones correspondientes, las planificaciones utilizan NIC NOC, durante la ejecución brindan educación al paciente, vigilancia de efectos adversos y cita para el mes siguiente. Durante la evaluación se observa si hay mejora en el paciente, se revaloran los estudios realizados, recomendando una nueva intervención.

Los autores concluyen que el proceso enfermero debe ser individualizado por cada paciente, los cuidados deben estar relacionados con su mejora física y psicológica.⁷

A continuación, se trató de un escolar de nueve años conocido en el Instituto Nacional de Cardiología por un septum interventricular, con disnea ortopnea y cianosis de 3 meses de evolución, le realizaron cateterismo cardíaco, durante su estancia presentó neumotórax el cual se resolvió, egreso a su domicilio en buenas condiciones.

El objetivo fue desarrollar un proceso de atención de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson en un escolar con disminución de la oxigenación sanguínea por malformación cardíaca para brindar un cuidado especializado.

La metodología que se utilizó fue realizar una búsqueda de artículos y fuentes de información en bases de datos electrónicas. Se solicitó al cuidador primario consentimiento informado, recolección de datos de forma directa e indirecta, realizaron 4 valoraciones 1 exhaustiva y 3 focalizadas utilizando las 14 necesidades, se analizaron y jerarquizaron las necesidades de acuerdo con el grado de independencia y dependencia de Phaneuf, diagnósticos mediante PESS, y elaboración de planes de cuidados.

Los autores concluyeron que los resultados de las intervenciones médicas y de enfermería se detectó aumento del nivel de independencia logrando el egreso en las mejores condiciones, satisfaciendo la necesidad de oxigenación. El cuidado especializado de enfermería es importante en la atención pediátrica al utilizar herramientas metodológicas.⁸

Este caso trato de una paciente adolescente de 12 años con cardiopatía congénita, que inicio su padecimiento a los 2 años, ya que, al caminar, correr o realizar una actividad de esfuerzo se fatigaba, por lo que fue referida al Hospital Infantil de México, donde se sigue su tratamiento.

El objetivo fue planear y mostrar los cuidados especializados en enfermería otorgados a una adolescente con ventrículo de doble salida.

Utilizaron un instrumento diseñado, dirigido a recabar datos subjetivos, los datos objetivos se obtuvieron a través de una exploración física sistemática, se utilizó una hoja de reporte diario para la valoración focalizada de la necesidades determinado el grado y duración de las necesidades dependientes de acuerdo a la propuesta de Phaneuff; se elaboraron 14 diagnósticos y se jerarquizaron de acuerdo al grado de dependencia, diseñando planes de cuidados con intervenciones específicas para cada alteración, por último se evaluó, comparando el estado de independencia alcanzado con el grado de dependencia inicial.

Los autores concluyeron que se logró el objetivo de brindar el cuidado aplicando la metodología del PAE, con base a la propuesta filosófica de Virginia Henderson.⁹

Gaona y Cruz presentaron el caso de una adolescente femenina, que fue referida al Hospital Infantil de México a los 17 días de vida y diagnosticó de celulitis, con tratamiento con lo que mejoro, posteriormente con celulitis infraumbilical, diagnosticándose deficiencia de vitamina c e insuficiencia Renal crónica, posteriormente identificaron desprendimiento de la retina con resultado de pérdida de la visión.

El objetivo fue dar a conocer el estudio de caso realizado a una adolescente con la dependencia en la necesidad de seguridad y protección por deficiencia de proteína c.

La metodología que se utilizó fue aplicar el proceso de atención de enfermería, orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson, en la recolección de datos se utilizó fuentes primarias y secundarias, realizaron valoraciones focalizadas.

Se obtuvieron 15 diagnósticos 5 en dependencia, 5 en riesgo y 5 de salud, utilizó la taxonomía NANDA y el formato PES. Detectaron el grado y nivel de dependencia y planearon estrategias para alcanzar su independencia.

La necesidad de seguridad y protección es dependiente ya que no utiliza instrumento de apoyo para invidentes y su casa no contaba con protecciones para su desplazamiento.

Las intervenciones de enfermería fueron encaminadas a la recuperación de su dependencia.

Se implementaron medidas preventivas, como resultado mejoró su seguridad y protección ya que no presentó eventos de trombosis en el hospital y su domicilio.

Los autores concluyeron que la aplicación del Proceso de Atención Enfermería con una base teórica permitió una atención personalizada, valorando al individuo con diversas características biológicas, sociales espirituales y culturales.¹⁰

Meraz y Espinoza presentan el caso de un paciente adolescente masculino de 12 años con factor de dependencia por LLA L2 en el Hospital Infantil de México, con tratamiento con antineoplásicos.

El objetivo fue desarrollar un estudio de caso que refleje los cuidados especializados en un adolescente masculino con alteración en la necesidad de seguridad y protección a través del PAE y la propuesta filosófica de Virginia Henderson.

La metodología que se utilizó, primero se obtuvieron de una fuente primaria y secundaria, se utilizó la taxonomía NANDA para la redacción de los diagnósticos, para la planeación la clasificación de intervenciones de enfermería(NIC).

Se utilizó un instrumento de recolección de datos, para determinar el grado de independencia o dependencia de cada necesidad se consideró el continuum independencia- dependencia y la gráfica de tiempo y duración propuestos por Margot Phaneuf, como parte ética se solicitó firma de consentimiento informado a los padres.

Para la elaboración de diagnósticos reales se utilizó el formato PES, diagnósticos de riesgo formato PE, diagnósticos de salud etiquetas NANDA, de los cuales 7 son reales, 5 de riesgo y 4 de salud. Se utilizó la clasificación NIC clasificando las intervenciones independientes y dependientes.

Se tomó en cuenta el logro de los objetivos, la evolución del estado de dependencia a la, independencia la necesidad de protección y seguridad se encontró en un nivel de dependencia 4 crónica por varios meses o años.

Los resultados que se lograron disminuir fueron el grado de dependencia de la necesidad de seguridad y protección a un nivel 3, por continuar con tratamiento con antineoplásicos.

En conclusión, la propuesta filosófica de Virginia Henderson en conjunto con el PAE, se proporciona un cuidado integral al contar con una base teórica, metodológica, e instrumental que permite el logro de los objetivos.

Comentario: en este caso se hace mención del continuum independencia-dependencia y el grado de dependencia, así como etiquetas de la NANDA, y las intervenciones NIC.¹¹

Al realizar la revisión de los artículos que fundamentan este estudio de caso es de considerar que la teoría de Virginia Henderson en conjunto con el Proceso Atención de Enfermería, facilitan la elaboración del plan de cuidados con una base científica, para implementarlos en el cuidado del paciente, de

una forma segura involucrando al paciente y la participación de la familia en el cuidado. La importancia de la elaboración de diagnósticos de enfermería, utilizando el formato PES, el continuum independencia-dependencia y la relación entre la duración y el grado de dependencia de Phaneuf.

IV MARCO CONCEPTUAL

4.1 Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City Missouri, desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería del ejército en Washington D.C. graduándose tres años después.

Se inició como enfermera visitadora y docente de enfermería, posteriormente regresa a la universidad donde obtiene el grado de maestría.¹²

Desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración dentro de la escuela de las necesidades, que se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y desarrollo humano para conceptualizar a la persona (A. Maslow, E.H. Erikson, J. Piaget).¹³

Henderson falleció de muerte natural en 1996 a la edad de 98 años, su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo tiene una gran influencia en la planificación e investigación en enfermería.¹²

ENFERMERÍA

Henderson definió enfermería en términos funcionales: "la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación o a una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios." (Phaneuf)

INDEPENDENCIA

"Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo que se encuentra." (Phaneuff)

DEPENDENCIA

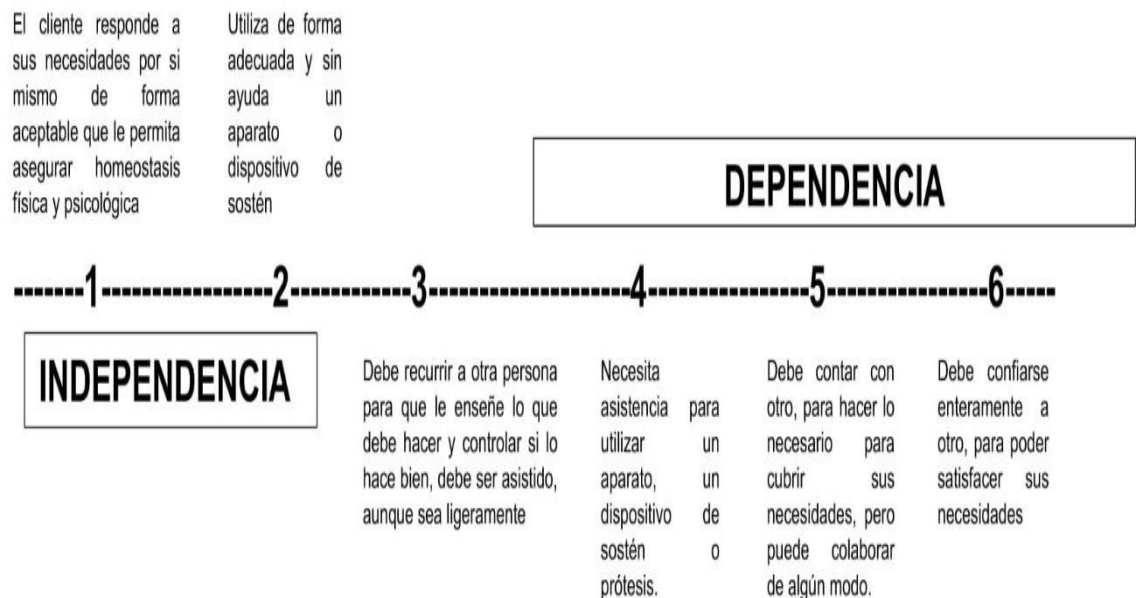
"Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de

crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llegue a la edad normal de hacerlo".¹⁴

CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA

Al descubrir la necesidad de la persona cuidada, es necesario determinar su nivel para planificar las intervenciones, existen diversos niveles de dependencia- independencia, estos se presentan en un continuo dividido en seis niveles, en donde los dos primeros niveles son de independencia y del nivel tres al seis señalan de forma progresiva el nivel de dependencia; y se describen en el siguiente esquema (fig. 1)

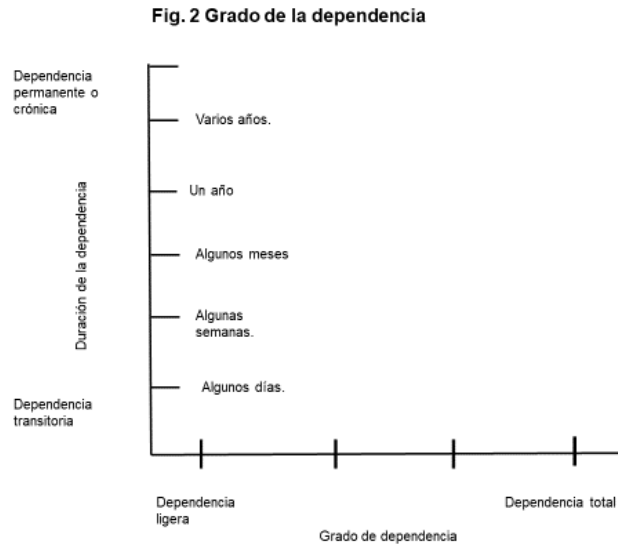
Fig. 1 Continuum Independencia - Dependencia



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. España: McGraw-Hill;1993

RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA

Debe ser considerada en relación con la intensidad y relación con su duración, puede ser un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. En la siguiente figura se ve la relación (fig. 2)



Fuente: Phaneuf Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. España: McGraw-Hill;1993

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Son las limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, se agrupan en tres posibilidades:

- Falta de fuerza. Capacidad física, habilidad mecánica del individuo para llevar a término acciones pertinentes a la situación, determinado por el estado emocional, capacidad intelectual, funciones psíquicas.
- Falta de conocimientos. Cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad. Incapacidad o limitación física de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la

ejecución y mantenimiento de acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.¹⁵

NECESIDADES

Es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.

NECESIDAD DE RESPIRAR

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

NECESIDAD DE BEBER Y COMER

Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.

NECESIDAD DE ELIMINAR

Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. Comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA

Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO Y ASEADO Y DE PROTEGER LOS TEGUMENTOS

Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS SEMEJANTES

Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN LAS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia.

NECESIDAD DE PREOCUPARSE DE LA PROPIA REALIZACION

Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

NECESIDAD DE DISTRAERSE

Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.

NECESIDAD DE APRENDER

Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, su cuerpo y funcionamiento y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos.¹⁶

ENTORNO

El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad, los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad; las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.¹⁷

SUPUESTOS PRINCIPALES

Enfermería

- Su única función es ayudar al individuo sano o enfermo.
- Actúa como miembro de un equipo médico.
- Actúa al margen del médico, pero apoya su plan.
- Debe tener nociones de biología y sociología.
- Puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería

Persona

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud

- Salud es calidad de vida
- Es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o conocimiento necesario.

Entorno

- Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben proteger al paciente de lesiones mecánicas.

- Los médicos se basan de las observaciones y valoraciones de las enfermeras para realizar prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer costumbres sociales y prácticas religiosas para valorar los riesgos.¹²

POSTULADOS

1. Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
2. El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
3. Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero, independiente.

VALORES

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.¹⁴

AFIRMACIONES TEÓRICAS

1. La relación enfermera-paciente:

- La enfermera como sustituta del paciente.
- La enfermera como auxiliar del paciente
- La enfermera como compañera del paciente.

2. La relación enfermera-médico

- La enfermera tiene una función especial.
- Las enfermeras no están a la orden del médico.
- La enfermera ayuda al paciente a manejar su salud en la usencia de médicos.
- El plan asistencial de enfermería y el paciente se aplica promoviendo el plan terapéutico médico.

3. La enfermera como miembro del equipo sanitario

- La enfermera trabaja independientemente de otros profesionales de la salud.
- El equipo de salud se ayuda, para completar el programa de asistencia, no deben realizar las tareas ajenas.¹²

4.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Rosalinda Alfaro refiere que es un modelo sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. Consta de 5 fases, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.¹⁸

OBJETIVOS

- Personalizar los cuidados a fin de responder a las necesidades de la persona.
- Proporcionar un marco para la planificación de los cuidados de enfermería
- Planificar intervenciones que permitan mantener a la persona en una situación óptima de bienestar e independencia.
- Asegurar la continuidad de los cuidados.

VALORACIÓN

Es la recolección sistemática y continua, organización y validación y registro de los datos. Se centra en las respuestas del paciente a un problema de salud, su objetivo es establecer una base de datos sobre la respuesta del paciente a sus preocupaciones sobre la salud o la enfermedad y su capacidad de tratar sus necesidades en torno a la salud.¹⁹

Es el primer paso para determinar el estado de salud, se reúne la información con una entrevista y un examen para tener una imagen clara de la salud de la persona, asegurándose de que la información sea correcta, completa y organizada.²⁰

TIPOS DE VALORACIÓN

- Exhaustiva
- Focalizada
- De urgencia

FUENTES DE INFORMACIÓN

Pueden proceder de fuentes primarias o fuentes secundarias:

PRIMARIAS: El paciente es la mejor fuente de datos, a no ser que este demasiado enfermo, sea demasiado joven, o este confundido.

SECUNDARIAS:

- **Historia paciente:** incluye información registrada por varios profesionales de la salud, datos respecto a la ocupación, religión, estado civil.
- **Historia médica:** es una fuente de los patrones de salud y enfermedad presentes y pasados del paciente, proporcionan información sobre las conductas de afrontamiento del paciente, sus prácticas de salud, las enfermedades previas. Ayuda a obtener datos relevantes no expresados por el paciente.
- **Profesionales de la salud:** los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales, médicos, fisioterapeutas pueden tener información de un contacto previo o actual en el paciente.
- **Bibliografía:** puede proporcionar información adicional para la base de datos, se puede obtener actualización sobre procedimientos, normas, intervenciones y métodos actuales para la atención.¹⁹

MÉTODOS

Los principales métodos para recoger datos son:

OBSERVACIÓN: Obtener los datos usando los sentidos, habilidad conciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y en un método organizado.

ENTREVISTA: Comunicación planeada o una conversación con un objetivo, para obtener información, identificar problemas, evaluar cambios y puede ser:

- **Dirigida:** esta muy estructurada y obtiene información específica, el profesional establece el objetivo, el paciente responde a preguntas.

- No dirigida: el profesional permite al paciente controlar el objetivo el tono y el ritmo.

TIPOS DE PREGUNTAS:

- Cerradas: son restrictivas y generalmente solicita un si o un no, respuestas cortas que den informacion especifica
- Abiertas: invitan al paciente a descubrir y explorar, elaborar aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones
- Neutra: el paciente puede responder sin direccion ni presion por parte del profesional.

PLANIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Antes de realizar la entrevista, el profesional revisa la informacion disponible, revisa el formulario, ambos tienen que sentirse comodoss. Cada esta influenciada por:

- Momento: se debe planificar cuando el paciente se sienta comodo, sin dolor y sin interrupciones.
- Lugar: una sala bien iluminada y ventilada, libre de ruido, movimientos y distarcciones.
- Distancia: no debe ser ni demasiado cerca ni demasiado lejos, la mayoria de las personas se sienten comodass manteniendo la distancia entre 60 y 90 cm.
- Lenguaje: el profesional debe convertir la terminologia medica complicada a un lenguaje comun.

ESTADIOS DE UNA ENTREVISTA

- Apertura: es la parte mas importante de la entrevista, establece una buena relacion y orienta al entrevistado.
- Cuerpo: el paciente comunica lo que piensa, siente y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería.

- Cierre: el profesional termina la entrevista cuando a obtenido la informacion necesaria, para cerrar la entrevista suele usarse las siguientes técnicas:
 - ofrecerse a responder preguntas.
 - expresar sus preocupaciones por su bienestar.
 - planificar la siguiente entrevista dar las gracias al entrevistado.

EXPLORACIÓN

Metodo sistematico de recogida de datos, que usa los cinco sentidos, para detectar problemas de salud. El profesional usa técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión. Se usa de forma sistemática.

INSPECCIÓN

Es el proceso de observación para detectar características normales o signos físicos significativos, utilizando el sentido de la vista asegurandonos de tener una buena iluminación, colocar y poner al descubierto las partes del cuerpo, comparar cada zona inspeccionada con la misma zona en la parte opuesta del cuerpo, poner atención a los detalles, utilizar luz adicional.

PALPACIÓN

Se realiza a través del sentido del tacto, mediante la palpación se pueden realizar mediciones delicadas y sensibles, incluyendo resistencia, elasticidad, aspereza, textura y movilidad. El paciente debe estar relajado y en posición cómoda, el personal que realiza el procedimiento debe tener las manos calientes, uñas cortas y el contacto debe ser suave, la palpación puede ser:

- Superficial: presión suave contra la piel y tejidos subyacentes, puede detectar zonas de irregularidad y sensibilidad.
- Profunda: la enfermera hunde el tejido para valorar el estado de los órganos internos.

PERCUSIÓN

Se golpea el cuerpo con las puntas de los dedos para evaluar el tamaño, los límites y la consistencia de los órganos corporales y para descubrir líquido en cavidades corporales. Implica golpear un objeto contra otro produciendo una vibración y ondas de sonido, puede ser directo o indirecto.

La percusión produce cinco tipos de sonido; timpanismo, resonancia, hiperresonancia, matidez y llanura y se juzga por su intensidad de tono, duración y calidad.

AUSCULTACIÓN

Consiste en escuchar ruidos producidos por el organismo, se necesita buena agudeza y buen estetoscopio, este se debe colocar sobre la piel desnuda.

La campana del estetoscopio es mejor para auscultar ruidos de tonos bajos como ciertos ruidos cardiacos y el diafragma es mejor para ruidos de tonos agudos como ruidos intestinales y pulmonares. A través de la auscultación se toma nota de las siguientes características de los ruidos; frecuencia, fuerza y calidad.¹⁸

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones se basan en esta información. Es el acto de comprobar o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos, ayuda al profesional a garantizar que la información es completa, que los datos objetivos y subjetivos están de acuerdo entre sí y obtener información adicional que puede haberse pasado por alto.¹⁹

ORGANIZACIÓN DE DATOS

Después de la recolección y validación de datos objetivos y subjetivos la enfermera organiza la información en grupos significativos. Durante la agrupación de datos se reconoce y concentra la atención en las funciones del paciente que precisan apoyo o ayuda para su recuperación.¹⁸

DIAGNÓSTICO

Segunda etapa del proceso, proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas. Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y se soluciona a través de intervenciones.¹³

Un diagnóstico de enfermería , es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente(Alfaro,1993).¹⁷

NORMAS Y ERRORES

Uno de los problemas mas frecuentes es la confusion con el diagnóstico médico, el diagnóstico de enfermería no es una confirmacion del diagnóstico médico, de prueba o tratamiento médico.

Otro concepto erroneo es considerar que el diagnóstico de enfermeía es la manifestacion de un problema de la enfermera con el paciente.

Para determinar el diagnóstico de enfermería debe incluir lo siguiente: una situación con uno o mas pacientes, obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos, esquema conceptual de enfermeria, problema de salud existente o potencial; una causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención.²¹

ESTRUCTURA PES

La mayoría de etiquetas de la NANDA tienen tres componentes:

1. Titulo o etiqueta: descripción concisa del problema.
2. Características definitorias: grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.
3. Factores de riesgo: factores que pueden causar o contribuir al problema.

4. Se recomienda usar el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas), donde el objetivo se elabora del Problema y las intervenciones de la Etiología.²⁰

Para escribir un diagnóstico de enfermería, se recomienda usar el formato PESS, consta de tres partes:

- El problema. (P)
- La causa o etiología. (E)
- Los signos y síntomas (S)

Este formato es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de signos y síntomas.¹⁷

TIPOS Y COMPONENTES

1. Diagnóstico real: es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia, use el formato PES, (Problema, Etiología, Signos y Síntomas).
2. Diagnóstico de riesgo: es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior, use el formato PE.
3. Diagnóstico posible: cuando los datos recogidos en la valoración indican la posibilidad de que este presente pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo, nombre el posible problema.
4. Diagnóstico de salud: juicio clínico emitido sobre una persona, familia o comunidad, que pueden pasar de un cierto nivel de bienestar a un nivel de bienestar superior.^{16,13}

PLANEACIÓN

El profesional se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas, para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud.

TIPOS DE PLANEACIÓN

- Inicial: La profesional enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan asistencial inicial completo, la planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial.
- Planificación en curso: A medida que los profesionales de enfermería obtienen información nueva y evalúan las respuestas del paciente a la asistencia, se hacen planificaciones diarias con los siguientes propósitos:
 1. Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado
 2. Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno
 3. Decidir en qué problemas centrarse durante el turno
 4. Coordinar las actividades enfermería de manera que pueda
 5. Abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente
- Plan de alta: proceso de anticipación y planificación de actividades de las necesidades que surgirán después del alta.¹⁹

ACTIVIDADES

Acciones específicas que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico o espiritual y mantener o restaurar la salud.

- Realizar valoraciones permanentes de enfermería, para identificar nuevos problemas o el estado de los ya identificados.
- Dar educación sanitaria al paciente y su familia, para que aprenda a cuidar su salud.
- Realizar acciones específicas del tratamiento, para eliminar o reducir los problemas de salud.

OBJETIVO

Para cada diagnóstico que identifique, debe elaborar un objetivo centrado en el paciente, que determine la resolución del problema que origino el diagnóstico de enfermería. Los componentes de un objetivo son:

- Sujeto: es el paciente, cualquier parte de el o algun atributo del paciente.
- Verbo: especifica las acciones que debe realizar el paciente.
- Condición: puede añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales se muestra la conducta.¹³

CLASIFICACION NIC

Son las acciones que un profesional realiza para conseguir los objetivos del paciente pueden ser:

1. Independientes: actividades que los profesionales estan autorizados a iniciar sobre la base de sus conocimientos y habilidades.
2. Dependientes: actividades realizadas bajo las ordenes o supervisión de un médico u otro proveedor de salud.
3. Conjuntas: acciones que se realizan en colaboración con otros miembros del equipo de salud.

Realizar valoraciones permanentes para identificar nuevos problemas, dar educación sanitaria al paciente y su familia para que aprenda a cuidar su salud, realizar acciones especificas del tratamiento para eliminar o reducir los problemas de salud.¹⁸

PRIORIDADES

Debe asegurarse si no hay un problema que requiera atencion inmediata

- Preguntese si hay un problema que requiera atencion inmediata.
- Haga una lista con los problemas y clasifiquelos en diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.
- Estudie la lista de problemas interdependientes y determine si tiene indicaciones médicas, normas o procedimientos para dirigir los cuidados y el control del paciente.
- Analice la lista de diagnósticos de enfermería para determinar cuales son complejos.

EJECUCIÓN

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los objetivos establecidos en el plan de cuidados.

1. Preparación:revisando las intervenciones propuestas para
 - Determinar la adecuacion del plan en la situacion actual del paciente
 - Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades
 - Reunir y organizar recursos materiales y humanos
 - Preparar el entorno para realizar las actividaes
2. Realización de actividades:ejecución de las actividades y la valoración continua de la respuesta del individuo.
3. Registro de las observaciones de enfermería:
 - escriba sus notas lo mas pronto posible
 - anote exactamente como, cuando y donde
 - anote siempre las variaciones^{13,22}

EVALUACIÓN

Evaluar un plan de cuidados individual incluyendo todos los pasos del proceso enfermero.

PASOS:

1. Valoración: se realiza para determinar si hay cambios en el estado de salud y asegurarse que todos los datos estén completos y sean exactos.
2. Diagnóstico: decida si los diagnósticos y problemas que requieren cuidados estén resueltos o han mejorado.
3. Planificación: compruebe si los objetivos y las intervenciones son los adecuados.
4. Ejecución: examine como se ha ejecutado el plan, si hay factores que le crearon problemas.

RESULTADOS, PROCESO Y ESTRUCTURA

RESULTADOS: Se centra en los resultados u objetivos de los cuidados.

PROCESO: Se centra en cómo se brindaron los cuidados.

ESTRUCTURA: Se centra en el entorno en el que tienen lugar los cuidados.

Considerar los tres tipos de evaluación, proporciona un examen general del manejo de casos.²¹

4.3 ASPECTOS ÉTICOS.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien.

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, el objeto material es el acto humano y el objeto formal es la rectitud formal.

El código de ética para enfermería es una guía de conducta con fundamentos que unifican y delimitan los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermera, considerando lo siguiente:

- Al hombre como un ser biopsicosocial
- A la sociedad como un conjunto de individuos
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano
- A la enfermería que satisface las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas.²³

La enfermería socialmente es conocida como una profesión de servicio, ayuda y cuida la salud de las personas, los valores son de gran importancia y exigen del personal de enfermería un comportamiento práctico moral.

La ética define una gran parte de la personalidad de la persona e involucra los valores a través del juicio y el discernimiento. Los principios morales se forman en la práctica social y reflejan la experiencia de muchas generaciones.²⁴

La prioridad de los gestores de nuestro sistema de salud sigue siendo atender a los múltiples avances tecnológicos de los, así como el reconocimiento legal e institucional de los derechos de los pacientes, la implementación de las políticas de calidad y, en general, la transformación de los sistemas generales de seguridad social. En consecuencia, la mayoría de las reclamaciones de los

pacientes se centra en la falta de proximidad y confianza con los profesionales sanitarios. dejando de lado aspectos tanto importantes, como son el acompañamiento, la empatía, la confidencialidad y, los aspectos que pueden definir una buena relación terapéutica. Debemos reconocer los conflictos de valores o problemas éticos en los que nos encontramos, dejando a un lado nuestros propios intereses.²⁵

Los profesionales de la salud deben tener presente los siguientes principios:

1. Principio de beneficencia: se basa en no hacer daño, siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente y verlo como el mismo.
2. Principio de no maleficencia: evitar hacer daño, evitar la imprudencia y negligencia, prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.
3. Principio de la justicia: igualdad, equidad y planificación, se trata de atender primero al más necesitado, no discriminar, equidad en el trato, hacer el uso racional de los recursos, jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar.
4. Principio de autonomía: capacidad de la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad.²⁴

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva, así como las posibles alternativas. Es el resguardo de que el personal de salud ha informado y de que el paciente ha entendido, por lo tanto, es la manifestación de la actitud responsable y bioética que eleva la calidad

de los servicios y garantiza el respeto a la dignidad y autonomía de las personas.

El consentimiento informado consta de 2 partes:

- Derecho a la información: la información debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca del proceso de atención, previo a la realización de cualquier procedimiento.
- Libertad de elección: consiste en otorgar o denegar el consentimiento, después de haber sido informado adecuadamente.

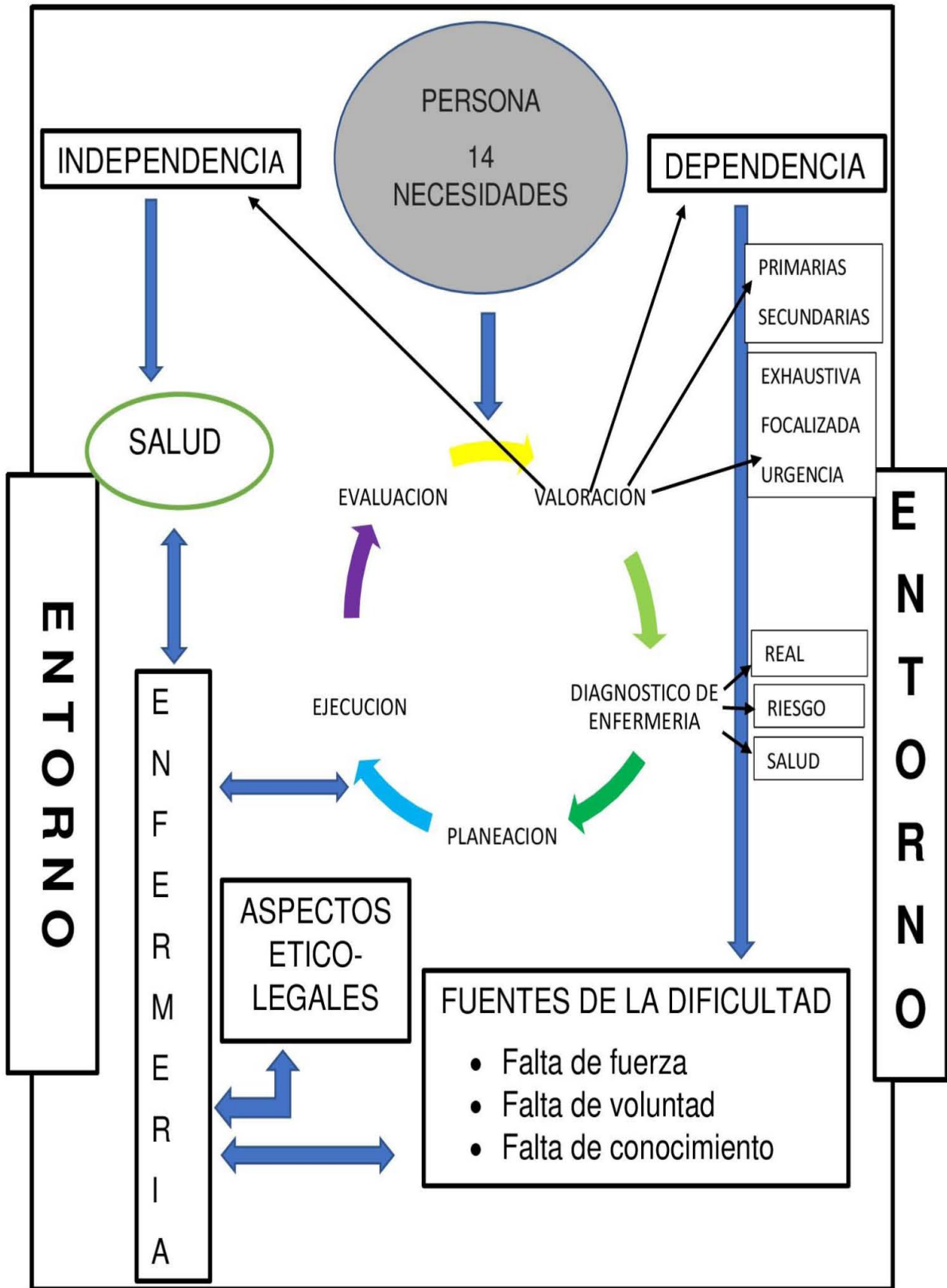
El consentimiento debe ser voluntario, se debe dar la suficiente información y en caso de las personas no aptas por limitaciones en la conciencia, limitaciones del raciocinio, limitaciones de la inteligencia, es necesario obtener la autorización de un representante legal.²⁶

DECALOGO DEL CODIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos.
2. Proteger la integridad de las personas.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud.
5. Guardar el secreto profesional.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro.
7. Evitar la competencia desleal, compartir experiencias y conocimientos para beneficio de las personas.
8. Asumir el compromiso de actualización.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo.²³

Para la elaboración de este estudio de caso se llenó un consentimiento informado proporcionado por la Universidad Nacional Autónoma de México, el cual cuenta con los puntos normados para su aplicación, previa información al cuidador primario de los beneficios y consecuencias y de la protección de sus datos para ser utilizados de forma académica para este estudio de caso, el cuidador primario acepta participar de forma libre, sin recibir alguna gratificación o coacción alguna, rubricando con su firma el consentimiento informado para estudio de caso.

RELACION DE LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON
Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.



ELABORO: Lic. En Enf. Juan Manuel Ortega Cruz

4.4 GENERALIDADES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL LACTANTE.

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez.²⁷

El crecimiento es el aspecto cuantitativo o perceptible del individuo, que resulta en un aumento de sus medidas físicas, entre los que se encuentran los cambios de altura, peso, dentadura, estructura ósea y características sexuales.

El desarrollo tiene lugar de una manera gradual a través del tiempo, las capacidades se amplían mediante el crecimiento, el aprendizaje y la maduración.¹⁸

El crecimiento y desarrollo están determinados por los factores genéticos, neuroendocrinos, ambientales y socioeconómicos que le otorga el grupo al que pertenece.

La dirección del desarrollo en general es cefalocaudal, en los primeros meses se desarrollan las funciones neuromusculares de la cabeza, luego las del tronco superior, inferior y extremidades. Tiene una velocidad de crecimiento variable en diferentes edades; se observa velocidad alta en los dos primeros años y a partir de la pubertad.²⁸

El periodo de lactancia es aquel en el que se produce el mayor desarrollo motor, cognitivo y social.

La valoración del crecimiento y desarrollo se debe hacer cada mes en el primer año, el crecimiento del tejido neural y su desarrollo ocupan el primer lugar en velocidad e importancia, en estos dos años aumenta cuatro veces el peso de nacimiento de 3 a 12 kg, el perímetro cefálico pasa de 35 a 48.5 cm, la talla crece en 72%, de 50 a 86 cm, se incrementan las capacidades de percepción y de funcionalidad, así como la esfera neuromotora.

TIPOS DE CRECIMIENTO

GENERAL: comprende el incremento en volumen de los aparatos y sistemas y de la masa corporal total, la somatometría aumenta en forma aproximada de 750 g/mes durante el primer cuatrimestre de vida, 500 g/mes durante el segundo cuatrimestre y 250 g/mes hasta cumplir los dos años.

TEJIDO NEURAL: experimenta un incremento de varias veces su peso de 385 a 400 g al mes hasta 910 g al año, a los dos años el niño tiene ya 80% del total de la masa encefálica del adulto. La multiplicación neuronal y de la neuroglia, así como el aumento en volumen, continua durante los primeros meses al igual que los procesos de mielinización que se ven completados alrededor del tercer mes de vida.

TEJIDO GENITAL: los ovarios duplican su peso a los seis meses de edad quedando en forma latente hasta la pubertad el resto de los tejidos de este aparato permanecen casi sin cambios, y al final de la etapa, se encuentran alrededor de 10% de su masa final en el adulto.

TEJIDO LINFOIDE: el timo crece rápidamente duplicando su peso a los seis meses y haciéndose más lento después de esta edad. El tejido linfoide en esta etapa alcanza el 40% de su masa final.

ORGANISMO: el perímetro cefálico aumenta al mes de edad, el perímetro torácico es aún menor que el perímetro cefálico disminuyendo la diferencia en forma paulatina, hasta que se igualan entre los 11 y 12 meses de edad, invirtiéndose entonces la relación para permanecer así el resto de la vida. Persisten aún abiertas las fontanelas bregmática y posterior; la primera que cierra alrededor de los 18 a 19 meses y la segunda que puede estar abierta o cerrada, siendo el límite para su cierre total la edad de 3 o 4 meses. Las suturas craneales no se palpan ya a los seis meses de edad, aun cuando no estén fusionadas.

La rinofaringe y las fosas nasales se obstruyen con facilidad debido al calibre y tamaño reducidos, en tanto que la trompa de Eustaquio, corta y recta facilita los procesos infecciosos al oído medio. Las formaciones linfoides por su

rápido crecimiento se deben valorar con cautela antes de interpretarlas como hipertróficas; los procesos inmunológicos propios del individuo se desarrollan muy pronto, aparecen las células plasmáticas, que van a desempeñar un papel clave en el desarrollo inmunológico.

La dentición empieza a los 6 meses con los incisivos centrales inferiores, seguido de los incisivos laterales inferiores a los 7 meses, incisivos centrales superiores a los 8 meses y los incisivos laterales superiores a los 12 meses, así como los premolares inferiores a los 12 meses.

El tejido celular subcutáneo sufre un claro aumento durante los primeros meses de vida, alcanzando su máximo alrededor del noveno mes, en tanto que la masa muscular no muestra un incremento rápido, sino que incluso es un poco más bajo que el tipo somático general. Las funciones de salivación, masticación, impulsión y deglución se desarrollan y completan en esta etapa. Las glándulas salivales aumentan tres veces su peso durante los primeros seis meses de vida y cinco veces en los dos primeros años cuando completan su madurez y función. Existe salivación abundante a partir del tercer mes y durante el brote dentario se exagera más. El tórax, de paredes delgadas y elásticas, con bronquios grandes, desarrolla una respiración ruda, y los movimientos respiratorios dependen casi, en forma exclusiva, del diafragma. La respiración tiene importantes variaciones en amplitud y frecuencia, siendo esta en promedio de 28 a 30/min. El corazón experimenta un proceso de transición entre la posición alta y horizontal del RN, a la que alcanza a los dos años, un índice cardiorácico superior a 0.5; pero después de dicha edad, el índice de un niño normal será inferior a 0.5. La FC es variable, con un promedio por minuto de 120 para el lactante menor y 110 para el lactante mayor, con el respectivo descenso de 70 a 90 durante el sueño, y un incremento vespertino, y postprandial. La TA muestra valores promedio de 96 para la sistólica y 65 para la diastólica. Son frecuentes los murmullos funcionales, y algunos autores sugieren que en algún momento de su vida 50% de los niños tienen murmullos cardíacos.

El perímetro abdominal tiene dimensiones variables que se relacionan con la dieta; el estómago ocupa una posición más transversal, y los cardias comparte un discreto grado de hipo funcionalidad del esfínter esofágico inferior, de índole transitoria, y el píloro en condiciones normales tiene un crecimiento y función que van a la par con el resto del estómago; la capacidad gástrica aumenta en forma proporcional al crecimiento somático general, de 90 a 150 mL al mes de edad, de 210 a 300 mL al año y hasta 500 mL a los dos años. El tiempo de vaciamiento gástrico depende del tipo de alimento ingerido, pero en términos generales oscila entre 3 y 4 horas. A partir de los tres meses de edad, ya existe una adecuada mielinización de los plexos nerviosos que inervan el intestino delgado, por lo que los tres tipos de movimiento (peristáltico, pendular y de segmentación), que son responsables de la mezcla y transportación del bolo alimentario, se desarrollan de manera adecuada; la digestión proteica es adecuada gracias a una suficiente producción de tripsina. El tránsito intestinal está regido por la integridad anatómico fisiológica del sistema neuromuscular correspondiente; el número de evacuaciones es variable, desde una diaria, hasta un máximo de cuatro, de consistencia pastosa y sin elementos anormales. El borde hepático es palpable a 1.5 cm bajo el reborde costal derecho y su crecimiento sigue la línea de tipo general. En el primer año la velocidad de crecimiento es muy rápida de 50 cm alcanza 76. El peso de 3 kg alcanza 10 kg a los doce meses. Durante el segundo año, la velocidad de crecimiento se hace más lenta y, por término medio, ganará unos 2.5 kg y crecerá 12 cm; aparece lordosis discreta y un abdomen prominente característico, con mayor crecimiento de extremidades en relación con la masa somática general. Los riñones duplican su peso en los primeros seis meses de vida y lo triplican al año; existe. El desarrollo óseo muestra un patrón de presencia, aparición y maduración de varios centros de osificación en esta etapa. Algunos de los reflejos presentes al nacimiento desaparecen en el curso de la lactancia; entre estos el de prensión palmar a los cuatro meses, el de paso automático y el de extensión cruzada a los dos meses, el

de Moro a los 3 a 6 meses. Hay otros, llamados reflejos tardíos del lactante, que aparecen durante esta etapa y la trascienden; entre ellos el reflejo de Landau, que aparece a los tres meses, y el del enderezamiento des rotatorio a los cuatro meses.²⁸

TIPOS DE DESARROLLO

DESARROLLO MOTOR: los actos voluntarios reemplazan a los actos automáticos, el lactante desarrolla destrezas como consecuencia de la maduración del Sistema Nervioso Central, muscular y esquelético.

MOTRICIDAD GRUESA: logran controlar los músculos faciales, luego los músculos del cuello y al final las extremidades inferiores.

MOTRICIDAD FINA: la prensión palmar inmadura en donde utilizaba toda la mano se sustituye poco a poco por la pinza, en donde solo incluye el pulgar e índice.

HABILIDADES SENSORIALES:

- **LENGUAJE:** durante el primer año de vida, el lenguaje es de gran importancia, ya que necesita comunicarse con su medio externo. Lloro sonríe y vocaliza para comunicarse. Presta atención a sonidos fuertes, se tranquiliza ante la voz de su madre, trata de localizar los sonidos y va desarrollando su propio lenguaje.
- **AUDICIÓN:** desde el nacimiento escucha, responde a estímulos sonoros intensos de su entorno con llanto o un parpadeo. A los 3 meses gira su cabeza al lugar de donde proviene el sonido, al año de edad esta habilidad se perfecciona.
- **VISIÓN:** la luz atrae su mirada, fija los ojos en objetos que se encuentran en su campo visual, muestra interés por la cara humana; a los 3 meses es capaz de girar su cabeza para seguir con su vista un objeto. (cuadro 1)²⁹

Cuadro 1. AREAS DE DESARROLLO

<p>TERCER MES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sonrisa social • Sigue movimiento de un objeto • Levanta la cabeza 90° en decúbito prono • Se sienta con apoyo • Agarra y sostiene objetos, los lleva a la boca • Localiza sonidos
<p>SEXTO MES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rueda completamente sobre sí mismo • Tiene buen control de la cabeza • Rodea objetos con los dedos • Pasa un cubo de una mano a otra
<p>NOVENO MES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se sienta sin ayuda • Gatea sobre las 4 extremidades • Se levanta • Da palmaditas • Identifica a papá y a mamá • Toma objetos con los dedos índice y pulgar
<p>DOCE MESES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Camina agarrándose de la pared o apoyándose de un objeto • Se mantiene de pie • Da 1 o 2 pasos • Menciona 2 a 3 palabras • Esconde y busca objetos

LOGROS DEL DESARROLLO³⁰

EDAD	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	LENGUAJE	DESARROLLO SOCIAL/COGNICION
2 a 3 meses	Endereza la cabeza en pronación.	Sigue objetos con la mirada más allá de la línea media. Se sujeta las manos.	Arrullos. Se alerta con los sonidos.	Sonrisa social. Reconoce a sus progenitores
4 a 5 meses	Se rueda de decúbito ventral a dorsal. Permanece sentado con apoyo.	Toma objetos.	Se vuelve hacia las voces.	Risas.
6 a 7 meses	Se rueda de decúbito dorsal a ventral. Permanece sentado sin apoyo.	Transfiere objetos de una mano a otra. Sujeta con todos los dedos.	Balucea.	Ansiedad ante extraños. Duerme toda la noche.
9 a 11 meses	Se sujeta para ponerse de pie. Hace pequeñas caminatas.	Sujeta en pinza. Se alimenta con los dedos. Hace torres de dos cubos.	Mamá, papá de manera inespecífica. Comprende la palabra no.	Ansiedad por separación. Hace adiós con la mano. Responde a su nombre.
12 a 14 meses	Camina. Lanza objetos.	Madura la sujeción en pinza. Garabatea.	Mamá, papá de manera específica.	Imita acciones Sigue instrucciones simples Indica sus deseos.
15 a 17 meses	Camina hacia atrás. Se agacha a recoger algo.	Usa una taza.	4 a 6 palabras.	Berrinches.
18 a 23 meses	Corre. Patea una pelota.	Usa una cuchara. Hace torres de 3 o 4 cubos.	Nombra objetos comunes. Nombra múltiples partes corporales. El vocabulario aumenta de 10 palabras hacia unas 50 (hacia el mes 24).	Imita a los progenitores en sus labores.
2 años	Sube y baja escaleras. Salta.	Hace torres de seis cubos. Copia una línea. Se desviste.	Frases de dos palabras. Los extraños entienden la mitad de su habla.	Sigue instrucciones de dos pasos. Juega en paralelo. Sabe su nombre y apellido.

FUENTE: Broke TD. Pediatría. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 2012

4.5 FACTOR DE DEPENDENCIA

ATRESIA DE ESÓFAGO

El esófago es un tubo muscular colapsable, mide aproximadamente 25 cm y se encuentra situado por detrás de la tráquea, inicia en el límite inferior de la laringofaringe y atraviesa el mediastino por delante de la columna vertebral, pasa a través del diafragma por el hiato esofágico y termina en la porción superior del estómago.

La mucosa del esófago consiste en un epitelio pavimentoso estratificado no queratinizado, la submucosa contiene tejido conectivo areolar, vasos sanguíneos y glándulas mucosas, la túnica muscular del tercio superior del esófago es musculo esquelético, el tercio intermedio hay musculo esquelético y musculo liso y el tercio inferior es musculo liso.

El esófago presenta dos esfínteres, el esfínter esofágico superior que presenta musculo esquelético y el esfínter esofágico inferior que presenta musculo liso.

El esófago secreta moco y transporta alimentos hacia el estómago, no produce enzimas digestivas y no realiza absorción.³¹

La atresia de esófago es una malformación congénita en la que existe una discontinuidad a lo largo del esófago, de modo que existen dos cabos esofágicos el proximal y distal, no interconectados, que pueden terminar en un fondo de saco o bien unirse a la tráquea (fístula traqueo esofágica).³²

EPIDEMIOLOGÍA

La atresia de esófago es una malformación común, con una incidencia aproximada de 1 por cada 2,500 a 4,500 nacidos vivos. Casi un tercio de los niños afectados son prematuros. En México nacen aproximadamente 2 millones de niños por año, se estima que cada año hay entre 500 y 600 casos nuevos de niños con atresia de esófago, no hay predominio de sexo. Se presentan casos en hermanos e hijos de padres con atresia esófago y con

una mayor frecuencia en gemelos; sin embargo, aún no existe un patrón hereditario establecido. Se encuentran anomalías cromosómicas entre 6-10% de los casos; las más frecuentes son las trisomías 18 y 21. La etiología es desconocida, pero se considera que es multifactorial, incluyendo factores genéticos y ambientales³³

CLASIFICACIÓN

Tipo I: Atresia sin fístula.

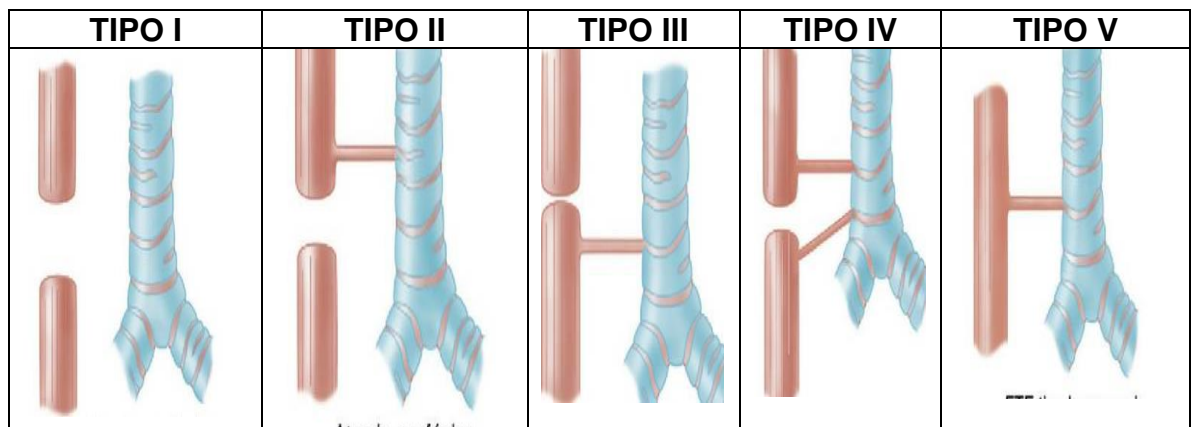
Tipo II: Atresia distal con fístula proximal.

Tipo III: Atresia proximal y fístula distal.

Tipo IV: Atresia con doble fístula.

Tipo V: Fístula sin atresia tipo H. (FIG. 3)

Figura 3. Clasificación anatómica de Gross y Voght.



Fuente: Marcadante KJ, Kliegman RM. Nelson Pediatría Esencial. 7ª ed. España: Elsevier; 2015.

FISIOPATOGENIA

Esta anomalía obedece a un defecto del proceso de tabicación que divide al esófago y a la tráquea en un cordón epitelial de crecimiento interno. Se ha postulado que las áreas de estrechamiento laterales del esófago forman un tabique entre la tráquea y el esófago y que de manera anómala puede girar en sentido dorsal, resultando la atresia esofágica. Ocurre alrededor del día 19

de gestación. La interrupción u oclusión del esófago impedirá la deglución del líquido amniótico, lo que se expresará con poli hidramnios (se presenta en un 85% de los casos). Es probable que por este mecanismo se presenten otras lesiones conocidas en la placenta, aparato cardiovascular, músculo esquelético y gastrointestinal. En el cuadro 2 se muestran los tipos más frecuentes de atresia.²⁸

Cuadro 2 Frecuencia de atresia de esófago.

TIPO	PORCENTAJE
Atresia esofágica tipo III, con fistula traqueo esofágica inferior y cabo esofágico superior ciego.	88 %
Atresia esofágica tipo I, con ambos cabos esofágicos ciegos sin fistula traqueo esofágico.	8 %
Atresia esofágica tipo V, es una fistula traqueo esofágico sin atresia de esófago.	2 %
Atresia esofágica tipo II, con fistula traqueo esofágico superior y cabo inferior ciego.	1 %
Atresia esofágica tipo IV, con fistula traqueo esofágico en ambos cabos del esófago.	1 %

MALFORMACIONES ASOCIADAS

Mas del 50% de los pacientes que presentan atresia de esófago presentan malformaciones congénitas.

- Cardiacas (11-49%) defecto septal ventricular y tetralogía de fallot.
- Genitourinarias (24%).
- Gastrointestinales (24%).
- Esqueléticas (14%).
- Sistema nervioso central (7%).

La asociación de alguna de estas anomalías se llama asociación VACTERL (Vertebrales, Anorrectales, Cardiacas, Traqueales, Esofágicas, Radiales, Renales, y de extremidades [limbs en ingles]), se presentan en un 20%.³³

CUADRO CLÍNICO

- Antecedentes de poli hidramnios en el embarazo (el feto no puede deglutir el líquido).
- Respiratoria: tos, atragantamiento al alimentarse, neumonías por aspiración, dificultad respiratoria y cianosis.
- Digestiva: abdomen distendido (en casos de fístula distal), aumento de la salivación y vómitos, la SNG no puede pasar hasta el estómago.
- En un 50% de los casos se asocia a otras malformaciones congénitas.³²

DIAGNÓSTICO

PRENATAL: El diagnóstico se puede sospechar al efectuarse un ultrasonido obstétrico después de la semana 18, el poli hidramnios es el hallazgo más frecuente, particularmente en niños con atresia esofágica pura, es decir, sin fístula. El poli hidramnios se origina por la incapacidad del feto para deglutir y absorber el líquido amniótico a través del intestino. Se observa en aproximadamente 80% de los niños con atresia esofágica sin fístula y en 20% de los que tienen fístula distal. El ultrasonido prenatal sugiere el diagnóstico con una sensibilidad de 42% cuando no se identifica el estómago con líquido en su interior. La importancia de contar con el diagnóstico prenatal radica en la determinación del riesgo materno-fetal y poder realizar el envío oportuno a un centro de alto riesgo obstétrico, con el propósito que el parto sea atendido por un equipo interdisciplinario y que la atención del neonato se realice tempranamente.

POSNATAL: se observa con mayor frecuencia en niños prematuros o neonatos con peso bajo al nacer, se debe realizar en la sala de partos.

Aspirar la vía oral, avanzar suavemente una sonda hacia el estómago, si esta no avanza, sospechar la presencia de una atresia de esófago.

Observar la presencia de sialorrea, dificultad respiratoria, tos y ahogamiento al momento de la alimentación.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- Radiografías de tórax y cuello anteroposteriores y laterales, colocando una sonda radiopaca. Figura 4



Figura 4. Imagen radiológica con medio de contraste de un recién nacido con atresia esofágica tipo III y atresia duodenal, donde se observa un cabo esofágico superior ciego, gran distensión de la cámara gástrica y parte inicial del duodeno, y ausencia de aire en el resto del intestino.

TRATAMIENTO

PREQUIRÚRGICO:

- Manipulación mínima, debido a la sobreestimulación provoca complicaciones respiratorias, regurgitación del contenido gástrico a través de la fistula.
- Mantener posición semisentada con la cabeza a 30 a 45°, disminuyendo el reflujo de contenido gástrico.
- Colocar sonda doble lumen (diseñada por el Dr. Repogler), para aspirar continuamente con baja presión e irrigación, evitando la broncoaspiración.
- Ventilación mecánica en pacientes con insuficiencia respiratoria.
- Ayuno y administración de líquidos por vía parenteral.
- Ingresar o trasladar al paciente a una unidad de cuidados intensivos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La atresia no es una emergencia quirúrgica, esta se realiza cuando el paciente este estable y se determine el tipo y la gravedad de las malformaciones asociadas.

Atresia esofágica sin fístula (tipo I)

En estos casos existe una separación amplia entre los cabos esofágicos por lo que no es posible realizar de primera intención una anastomosis T-T.

Al nacer se realiza gastrostomía sin esofagostomía, en los casos en los que el fondo del saco proximal llega a la altura de T2, en espera del crecimiento de los cabos, el proximal por la acumulación de saliva y el distal por la presencia de reflujo gastroesofágico, para la resolución quirúrgica definitiva (anastomosis T-T) o que se den las condiciones para un reemplazo esofágico con tejido gástrico, de yeyuno o colon, dependiendo de la experiencia del equipo quirúrgico; sin embargo, se debe tener en cuenta que estos procedimientos se asocian con alta frecuencia de complicaciones respiratorias y esofágicas a largo plazo. Se debe hacer todo lo posible para la conservación del propio esófago, ya que sigue siendo válido el aforismo de que el mejor esófago es el esófago nativo.

Mantener permanentemente una sonda de doble lumen con aspiración continua y manejo postural hasta la resolución definitiva o paliación del defecto.

Esofagostomía se reserva para aquellos casos en los que el cabo esofágico proximal se encuentra muy alto, es decir, no rebasa el nivel de T1-T2.

TRATAMIENTO POSQUIRÚRGICO

- Radiografía posterior a la cirugía
- Evitar hiperextensión del cuello, para evitar dehiscencia de la anastomosis.
- Aspiración de secreciones de la orofaringe, evitar aspirar esófago.
- Manejo analgésico, antiácido.
- Iniciar o continuar con nutrición parenteral

- Esofagograma a los 5 o 7 días, para evaluar la anastomosis, si no hay complicaciones, iniciar vía enteral.

COMPLICACIONES

Dehiscencia de la anastomosis, estenosis a nivel de la sutura esofágica, re-fistulización entre la anastomosis y la fistula traqueal, reflujo gastroesofágico, traqueomalacia.

PRONÓSTICO

La supervivencia actual es del 90%, debido al tratamiento quirúrgico, a los avances en los cuidados intensivos neonatales y al apoyo ventilatorio y nutricional. Los niños con mayor riesgo de muerte son los que tienen un peso menor a 1500 gr. Con malformaciones cardíacas o cromosómicas.³⁴

V METODOLOGÍA

5.1 METODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

Para la elaboración del presente estudio de caso se tomó en cuenta la propuesta filosófica de Virginia Henderson y sus 14 necesidades; en conjunto con el Proceso de Atención de Enfermería.

La información se adquirió a través de varios formatos para obtener información.

Como primer paso se detectó al paciente para la elaboración del estudio de caso, se solicitó el consentimiento del cuidador primario por medio de la autorización de un consentimiento informado, en el cual previa información del objetivo y de los procedimientos del estudio, el cuidador firmo el consentimiento. (anexo 1)

Para la recolección de datos, se utilizaron los siguientes formatos:

- Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años: Consta de datos demográficos, familia, mapa familiar, orientación hospitalaria, valoración de las necesidades básicas, jerarquía de necesidades, jerarquía de los diagnósticos de enfermería, plan de intervenciones y plan de alta. (anexo 2)
- Reporte diario: donde se recolectan datos subjetivos, datos objetivos, habitus externo, exploración física, tipo de relación de enfermería, fuentes de la dificultad, diagnóstico de enfermería, continuum independencia-dependencia y grado de dependencia. (anexo 3)

El examen clínico se realizó utilizando los métodos de exploración a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación.

VI PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante masculino de 9 meses de edad, originario de la ciudad de México, proviene de una familia mono parenteral integrada por la mamá y una hermana, con quien mantiene una relación débil, el papá no vive con la familia y su relación con él es débil.

Los padres son de origen colombiano, el papá es el sostén económico de la familia, es abogado, los padres están separados, la mamá dejó de trabajar para estar pendiente de la salud del niño.

La mamá trata de estar diario en el hospital, lo cual se le dificulta por atender a su hija en su domicilio, expresa que acude diario al hospital en diferentes horarios que a veces no coinciden con la visita familiar, cuando llega pasar a la visita solo está 10 minutos, deja pañales y material de aseo para el niño, en el expediente se observa que los informes médicos diarios no los recibe por estar ausente. Expresa que al estar con su niño tiene miedo por lo que se retira.

ANTECEDENTES

Paciente con fecha de nacimiento el 04 de febrero del 2017 en una clínica particular, llega al Hospital Infantil de México el 05 de febrero de 2017 por recomendación de médico particular.

Producto de la gesta II, como antecedentes importantes la madre inicia control prenatal al 5º mes de gestación, con tabaquismo positivo hasta el 5º mes de embarazo, aumento de peso de 15 kg no se realizó curva de tolerancia a la glucosa, se realizó 3 ultrasonidos en donde se observó poli hidramnios sin tomar alguna medida.

Al nacimiento presenta un Apgar 2/6 recibiendo 2 ciclos de presión positiva. Durante la exploración no se realizó permeabilización del esófago, iniciando

alimentación vía oral presentando vómitos inmediatos de contenido alimenticio, se tomó placa de rayos X toracoabdominal detectando ausencia de gas, por lo que es enviado inmediatamente a esta institución.

Actualmente en el hospital ha evolucionado de la siguiente manera:

El día 05 de febrero se diagnosticó como Atresia de Esófago, el día 09 de febrero se le realizó gastrostomía, cierre de Conducto Arterioso Persistente el 24 de febrero, presenta paro cardiorrespiratorio el 30 de marzo así como sepsis nosocomial y neumonitis por aspirado, entro a cirugía el día 15 de mayo para una plastia de esófago, el día 24 de mayo presentó dehiscencia de la anastomosis esofágica, se le realizó una yeyunostomía en agosto, el 23 de octubre se diagnóstica con neumonía nosocomial.

HABITUS EXTERNO

Lactante de 9 meses, de edad menor a la cronológica, en estado de conciencia alerta, con fascie alegre al hablarle y de irritabilidad al manejo, se encuentra en su cuna con barandales arriba, fenotípicamente masculino, con dispositivo respiratorio por vía oral, de constitución media y ectomorfo, se encuentra en actitud forzada con sujetadores en miembros torácicos y pélvicos, con apósito transparente en yugular derecha cubriendo dispositivo central, abdomen con sonda de drenaje y una sonda de alimentación, viste únicamente pañal.

VII.APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN Y JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

ANÁLISIS DE NECESIDADES

1.OXIGENACIÓN

El paciente se encuentra hospitalizado desde el segundo día de vida, al nacer tuvo un Apgar 2/6, recibió 2 ciclos de presión positiva, durante su hospitalización ha presentado neumonías, paros respiratorios por secreciones, ha estado con apoyo ventilatorio mecánico y cuando ha estado así presenta abundantes secreciones.

A la exploración física se observa nariz integra, centrada, achatada, de coloración homogénea, fosas nasales con presencia de secreciones blanquecinas. La boca es simétrica, labios rosados, presencia de úvula, paladar integro, presencia de frenillo superior e inferior, se palpa paladar duro y esta integro, con presencia de cánula orotraqueal con apoyo ventilatorio fase III. El cuello se observa corto, sin presencia de masas, se palpan ganglios retroauriculares de 1 cm de diámetro, tráquea presente y centrada y pulsos carotídeos ++. El tórax es cilíndrico, con movimientos de inspiración y expiración, con tiraje intercostal, retracción xifoidea, movimientos de amplexión y amplexación simétricos, se palpa parrilla costal y espacios intercostales, se percute tórax anterior y posterior, presentado sonidos timpánicos en zonas apicales, lóbulo medio izquierdo y zonas basales. Se ausculta área pulmonar con estertores en zonas apicales y basales, en área cardíaca se ausculta foco aórtico ++, foco pulmonar ++, foco tricúspide ++, foco mitral ++.

Frecuencia cardíaca: 147 lpm Frecuencia respiratoria: 58 rpm Saturación: 92%

Biometría hemática: hemoglobina: 9.9 g/l Gasometría arterial: Ph (7.4)

PaCO₂(30) HCO₃ (24) PaO₂ (50) SO₂ (85) [sin desequilibrio ácido – base]

Escala Silverman Anderson: 4 (dificultad respiratoria leve)

2.NUTRICIÓN COMER Y BEBER.

Paciente que peso al nacimiento 2.080 kg, midió al nacer 45 cm, al nacimiento inicio la vía oral, pero presento inmediatamente vómitos de contenido alimenticio, siempre ha sido alimentado por sonda de gastrostomía y actualmente tiene una yeyunostomía por donde es alimentado, cuando entró a cirugía le administraron nutrición parenteral, han intentado alimentar por boca pero no deglute el alimento por tener abundantes secreciones. Actualmente es alimentado con formula de inicio 150 ml/kg/día + 3% aceite por yeyunostomía a una infusión de 38.8 ml/h. Se administran complementos nutritivos: poli vitaminas 1 ml c/24 h, vitamina E 400 UI c/24, vitamina ACD 1 ml c/24 h, zinc 8.4 mg c/24 h.

A la exploración física se observa cabello integro, fino, implantado y coloración uniforme, se palpa suave, resistente. Los ojos con escleras blancas, sin hundimientos, pestañas resistentes. La boca es simétrica, labios rosados, lengua húmeda, presencia de úvula, amígdalas Grado 0, encías integras, sin presencia de piezas dentales, paladar integro, presencia de frenillo lingual y labial. La piel es de coloración pálida, sin lesiones, se observa prominencia ósea en región sacra, la piel es turgente, suave y de temperatura homogénea. Las uñas son de coloración rosada, integras, suaves, llenado capilar 2 por segundo. El abdomen es globoso, con sonda de gastrostomía y yeyunostomía en cuadrante superior izquierdo, se auscultan sonidos intestinales en cuadrante inferior derecho de 3X minuto, cuadrante superior derecho 6X minuto, cuadrante superior izquierdo 5X minuto y cuadrante inferior izquierdo 3X minuto. No se palpan masas, es suave y globoso, se percuten sonidos timpánicos en los cuatro cuadrantes.

PESO: 4.290 kg TALLA: 56 cm

HEMOGLOBINA: 9.9 g/l GLUCOSA: 72 mg/dl COLESTEROL: 202 mg/dl

TRIGLICERIDOS: 211 mg/dl MAGNESIO: 1.8 mEq/l CALCIO: 8.8 mEq/l.

Peso por debajo del percentil 3 según tablas de la OMS.

Talla por debajo de percentil 3 según tablas de la OMS.

3.ELIMINACIÓN

El paciente no tiene problemas para orinar o evacuar, cuando ha estado en la terapia intensiva le colocaron una sonda para la orina, la mamá no conoce las características de las evacuaciones y de las diuresis, cuando no lo alimentan disminuye la presencia de evacuaciones, cuando esta irritable se pone diaforético. Tiene una sonda de gastrostomía y su drenaje se pasa por la sonda de yeyunostomía.

A la exploración, se observa abdomen globoso, coloración pálida, sonda de gastrostomía y yeyunostomía en cuadrante superior izquierdo. Se auscultan sonidos intestinales en cuadrante inferior derecho de 3X minuto, cuadrante superior derecho 6X minuto, cuadrante superior izquierdo 5X minuto y cuadrante inferior izquierdo 3X minuto. No se palpan masas, el abdomen es globoso, suave, se percuten sonidos timpánicos en los cuatro cuadrantes. Los genitales se observan íntegros, de coloración igual al resto del cuerpo, se palpan 2 testículos, descendidos, no se logra retraer el prepucio, la región anal integra sin lesiones y con presencia de reflejo anal.

Actualmente tiene como parte del tratamiento, una infusión de aminofilina (110 mg aforado 24 ml pp 1ml/h), la cual tiene efectos diuréticos.

NITROGENO UREICO: 4.6 mg/dl CREATININA: 0.30 mg/dl

EGO: aspecto(transparente) color(amarillo) densidad (1.010) Ph (6)

ESCALA BRISTOL: Tipo 5 EVACUACION: 20 gr URESIS: 345 ml/24h (3.3 kg/h)

4.MOVIMIENTO Y POSTURA

Desde el nacimiento hasta la fecha ha estado hospitalizado, durante su hospitalización siempre ha tenido algo que lo sujete ya sea las manos o los pies, siempre ha estado en una cuna y cuando ha estado con tubo endotraqueal lo sujetan de manos y pies, cuando esta sin sujeción mueve manos, los pies, la cabeza, se sienta si le pone una almohada, si sostiene la cabeza.

A la inspección se observa integridad muscular, de constitución media, se encuentra con sujeción en miembros torácicos y pélvicos.

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PROFUNDOS: Rotuliano presente ++

Aquiliano presente +

Angulo de los aductores: 90°

Angulo poplíteo: 100 °

Angulo dorsiflexion del pie: 60°

Maniobra de la bufanda: más allá de la glándula mamaria contralateral

Flexión de la mano: simetría en ambas manos

ESCALA ASHWORTH

- Miembros torácicos: 0
- Miembros pélvicos: 0

ESCALA DANIELS

- Miembros torácicos: 3
- Miembros pélvicos:3

5. DESCANSO Y SUEÑO

El paciente duerme aproximadamente 6 a 8 horas al día y estas no son continuas, toma siestas de aproximadamente 40 minutos, casi siempre después del baño se duerme, no utiliza alguna manta o juguete para dormir. La mamá menciona que cuando entra a la visita lo acaricia y se logra dormir, a la manipulación se pone irritable. Le ponen música, le apagan la luz y lo acarician llegando a conciliar el sueño.

A la exploración se observa sin presencia de movimientos anormales, no presenta ojeras, irritable al manejo, el entorno se observa con múltiples factores que afectan conciliar el sueño, además de la manipulación horaria para procedimientos y toma de signos vitales, tiene infusiones de midazolam y morfina las cuales no lo mantienen sedado.

6. VESTIDO Y DESVESTIDO.

El paciente utiliza la ropa que le proporciona el hospital, en ocasiones le trae ropa de su casa y que consiste en gorros calcetines, pijama y pantalones, no

utiliza zapatos, el manejo que le da a la ropa es lavado con jabón no utiliza suavizantes, no utiliza alguna marca en especial, el cambio de ropa se realiza diario generalmente es después del baño, en la sala no hace frío por lo que le colocan ropa delgada.

Se observa al paciente con pijama hospitalaria de acuerdo con la edad, cubierto con sabana hospitalaria, se realizó el cambio después del baño.

7. TERMORREGULACIÓN.

Paciente que está hospitalizado desde el 5 de febrero de 2017, viven en la Ciudad de México, el paciente es sensible a los cambios de temperatura, siempre ha estado hospitalizado en áreas cerradas donde no hay corrientes de aire y después del medio día se siente mucho calor, lo que hace que aumente su temperatura sin llegar a tener fiebre, cuando está enfermo de neumonía o está infectado presenta fiebre y se controla con compresas frías en el cuerpo y con medicamentos, además de quitarle la ropa que tiene puesta. Cuando tiene fiebre, se ponen frías sus manos y pies, no le cambia el color, solo suda cuando está muy inquieto y lo estimulan.

La piel se observa de coloración pálida uniforme, no hay presencia de escalofríos, ni pilo erección, ni diaforesis, esta con una bata hospitalaria.

Se palpa piel integra, suave, de temperatura uniforme, extremidades con temperatura igual al resto del cuerpo.

El medio ambiente o área de hospitalización se mantiene fría durante las mañanas.

FC: 130 lpm FR:36 rpm T/A: 89/60 mmHg Temp. 36.3°C Llenado capilar: 2 por segundo.

8. HIGIENE

El baño lo realizan diario, el cual es llevado a cabo por el personal de enfermería, hasta el momento la mamá no lo ha bañado, el baño lo realizan en la mañana, la mamá proporciona shampoo, crema para el baño, en el

hospital siempre hay agua disponible; después del baño le ponen crema, las uñas las cortan cada semana, se le realiza aseo oral con una gasa y solución fisiológica. Limpian con un hisopo los pabellones auriculares.

A la exploración, la piel se observa piel íntegra, coloración homogénea y limpia. El cabello está limpio, no le colocan gel o crema para el cabello. La nariz está limpia, con presencia de secreciones al estímulo. La boca limpia, con presencia de secreciones al llanto. Los pabellones auriculares limpios, conductos auditivos con escaso cerumen. Los genitales limpios, no se logra retraer el prepucio. Las uñas limpias y cortas.

9. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

El paciente está hospitalizado desde el segundo día de vida, no hay antecedentes en la familia de padecer la enfermedad, durante su hospitalización le han instalado varios catéteres, tiene una sonda de gastrostomía y sonda de yeyunostomía, tiene un catéter central, ha presentado neumonías durante su estancia y sepsis durante su tratamiento. La habitación es cálida hay mucho personal en la sala y cuando se acercan a revisarlo se lavan las manos o utilizan alcohol en gel.

A la inspección se observa palidez generalizada, no hay lesiones orales, dispositivo central yugular derecho, tiene una sonda de gastrostomía y sonda de yeyunostomía, prominencia ósea región sacra sin pérdida de la continuidad de la piel. Se observa el entorno reducido el espacio entre camas, hay disponibilidad de alcohol en gel, de clorhexidina para el lavado de manos, agua y toallas. En el área circula varias personas, no es un área cerrada o que tenga restricciones para entrar o salir.

Se palpan nódulo retroauricular derecho e izquierdo de aproximadamente 1 cm de diámetro, no se palpan nódulos preauriculares, occipitales, submaxilares, submentoniano ni supraclaviculares; la temperatura de la piel es homogénea.

Leucocitos: 16.6 10 3mcl Neutrófilos: 50% Linfocitos 24%
Plaquetas: 40000 Escala Braden: 12 Riesgo de caídas: alto (7)
Escala de coma de Glasgow: 11

10. COMUNICACIÓN

Está hospitalizado desde el segundo día de vida, no ha estado con la familia en el domicilio, su interacción ha sido con el personal del hospital y con la mamá durante las visitas familiares, siempre ha estado hospitalizado en áreas restringidas por lo que el contacto con la mamá ha sido de menor tiempo. El paciente es alegre, activo, llora cuando algo le molesta o cuando se le realiza algún procedimiento, responde al tacto, cuando hay sonidos trata de localizarlos, cuando le hablan sonríe incluso con personas desconocidas, empezó a sonreír a los 5 meses, empezó a balbucear a los 3 meses, fija la mirada al mes de nacimiento. Cuando hace berrinche se tranquiliza consolándolo.

Los ojos se observan íntegros, pupilas normales(2mm), reflejo fotomotor presente, reflejo de huida presente, dirige la mirada siguiendo un objeto.

La nariz se observa íntegra, con presencia de secreciones que aumentan a la estimulación, reacciona a olores fuertes.

La boca está íntegra, presencia de frenillos superior e inferior, presencia de úvula, amígdalas grado 0, paladar íntegro, lengua íntegra reacciona a sabores dulce y salado.

Pabellones auriculares íntegros, canales auditivos con presencia de cerumen, se logra observar membrana timpánica íntegra, localiza sonidos de chasquido en ambos oídos.

La piel se observa y palpa íntegra, sensible al tacto.

ESCALA DE DENVER: con retraso en las funciones motoras, motoras finas adaptativas y lenguaje, donde realiza actividades de un niño de 5 meses.

11. CREENCIAS Y VALORES

La mamá es de religión católica, el papá es cristiano lo cual no ha afectado en la toma de decisiones en la atención de su niño, no utilizan o portan alguna imagen representativa, no tienen algún rito ni realizan alguna manda. No tiene problema en la comunidad por temas religiosos, el niño no está bautizado y no le colocan alguna imagen religiosa.

No se observa que porten alguna imagen o aditamento religioso, en su unidad no se observan imágenes religiosas.

12. REALIZACIÓN

Es un niño no planeado, si deseado, el papá es el sostén de la familia, aunque no está integrado en la familia, la mamá dejó el trabajo para poder estar al pendiente durante la hospitalización de su niño, desea que su niño salga sano del hospital, que cuando crezca sea religioso. Las relaciones familiares son débiles. Refiere el personal de enfermería, que anteriormente que la mamá asistía diariamente a la visita familiar y que podía estar el tiempo que la mamá quisiera estar, pero en los últimos 3 meses la mamá ha dejado de asistir a la visita, acude 3 a 4 veces a la semana y se queda aproximadamente 10 a 15 minutos.

Se observa durante la visita familiar, la madre es cariñosa, le habla, lo acaricia y le canta. Alaba constantemente a su niño y le pide que todo va a estar bien, que pronto estará en casa. No se observan críticas, reproches a alguna persona o algún tipo de agresión al paciente.

APGAR FAMILIAR: disfunción leve.

13. RECREACIÓN

El paciente está hospitalizado desde el nacimiento, la mamá le trae sonajas y peluches, cuando está en la visita le acaricia, lo apapacha, aunque pasa a la visita poco tiempo, el niño responde a sonidos, al contacto con la luz. El personal de enfermería le canta, le pone música, lo apapacha y cuando no

tiene apoyo ventilatorio lo cargan y lo arrullan, lo proporcionan juguetes de plástico y peluches con los cuales llega a jugar. No tienen algún tipo de juego en especial. Casi siempre responde con una sonrisa al hablarle o llamarle por su nombre.

Se observa al paciente que se entretiene al tener algún objeto en la mano, sonríe al hablarle y hacerle señas, en su cuna tiene una sonaja y un peluche, además de una bocina en la cual le ponen música infantil.

14. APRENDIZAJE

Está hospitalizado desde el segundo día de vida, empezó a sonreír a los 5 meses, que fijo la mirada al mes de nacido, se sienta con apoyo de almohadas, no imita actividades, tolera la separación del cuidador, no presenta temor ante extraños, sonríe al hablarle, le llaman la atención los objetos e intenta alcanzarlos. La mamá empieza a aprender procedimientos para que su paciente sea atendido en casa, muestra temor por desconocerlos. Las escleras blancas, íntegros, fijación de la mirada ante objetos y la presencia de objeto luminoso.

A la exploración presencia de pabellones auriculares, canales auditivos con presencia de cerumen, membrana timpánica íntegra. La nariz está íntegra, presencia de secreciones. La lengua íntegra, presencia de frenillo superior e inferior, úvula presente, amígdalas grado 0, paladar duro íntegro. Piel íntegra, sensible al tacto y a los cambios de temperatura.

Identifica olores fuertes, tiene un campo visual de 50 °, pupilas reactivas y simétricas a la luz, reflejo corneal presente, identifica y busca sonidos de chasquido.

7.2 PROCESO DIAGNÓSTICO

Analizando las valoraciones focalizadas y de identificar las necesidades y las fuentes de dificultad, se elaboraron diagnósticos de enfermería, reales, de riesgo y de salud.

Para la realización de diagnósticos se utilizó el formato PESS el cual tiene la siguiente estructura:

- P: problema
- E: etiología
- S: signos y síntomas.

Con este formato se identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de signos y síntomas

Para la elaboración del diagnóstico reales se utiliza el formato PESS(problema, etiología y signos y síntomas).

Para elaborar diagnóstico de riesgo se utiliza la etiqueta PE (problema, etiología).

Para elaborar diagnóstico de salud se utiliza P(problema).

Al elaborar los diagnósticos, se jerarquizaron de acuerdo al grado de dependencia y al nivel de prioridad, también se identificaron el tipo de relación de enfermería y las fuentes de dificultad.

Se elaboraron 14 diagnósticos, de los cuales 9 son reales, 1 de riesgo y 4 de salud y los cuales se presentan a continuación.

Hasta el momento se han realizado 16 seguimientos.

A continuación se presenta el listado de diagnósticos elaborados:

FECHA DE IDENTIFICACION	NECESIDAD	DIAGNÓSTICO	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD	TIPO DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD
NOVIEMBRE 2017	NUTRICIÓN	Alteración nutricional R/C incapacidad de absorber nutrientes M/P peso y talla para la edad en percentil 3 (OMS), peso 4.290 kg y talla 56cm.	Nivel 6 por varios meses.	Fuerza	Suplencia	Alta
NOVIEMBRE 2017	OXIGENACIÓN	Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C acumulo de secreciones M/P estertores bilaterales, frecuencia cardiaca de 147 lpm, y frecuencia respiratoria de 57 rpm.	Nivel 6 por varios meses	Fuerza	Suplencia	Alta
NOVIEMBRE 2017	ELIMINACIÓN	Alteración de la eliminación urinaria r/c efectos secundarios de medicamentos m/p gasto urinario de 3.3 ml/kg/h.	Nivel 4 por varios meses	Fuerza	Suplencia	Alta
NOVIEMBRE 2017	MOVIMIENTO Y POSTURA	Alteración de la movilidad física r/c limitación del movimiento terapéutico m/p disminución de fuerza de miembros torácicos grado 3 (escala de Daniels).	Nivel 4 por varios días	Fuerza	Suplencia	Alta

NOVIEMBRE 2017	DESCANSO Y SUEÑO	Deterioro del patrón del sueño r/c múltiples factores ambientales e intervenciones de enfermería m/p irritabilidad al contacto.	Nivel 4 por varios meses	Fuerza	Ayuda	Alta
NOVIEMBRE 2017	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	Alteración en la protección a cualquier nivel r/c pérdida de la barrera primaria y secundaria m/p (leucocitos 16000, presencia de catéter venoso central en yugular derecha, sonda de gastrostomía, sonda de yeyunostomía y palidez de tegumentos).	Nivel 4 por varios meses	Fuerza	Suplencia	Alta
NOVIEMBRE 2017	COMUNICACIÓN	Retraso del desarrollo del lenguaje r/c barreras de comunicación m/p retraso del lenguaje (escala de Denver), no imita sonidos, no pronuncia monosílabas.	Nivel 4 por varios meses	Fuerza	Suplencia	Alta
NOVIEMBRE 2017	REALIZACIÓN	Desempeño inefectivo del rol del cuidador r/c la hospitalización prolongada de su hijo m/p Apgar familiar con disfunción leve.	Nivel 4 por varios meses	Voluntad	Ayuda	Alta

NOVIEMBRE 2017	APRENDIZAJE	Alteración del aprendizaje del cuidador primario r/c conocimientos deficientes sobre el cuidado de su hijo m/p verbalización de la mamá de temor y desconocer los procedimientos.	Nivel 4 por varios meses	Conocimiento	Ayuda	Alta
NOVIEMBRE 2017	TERMORREGULACIÓN	Riesgo de desequilibrio en la temperatura corporal r/c el entorno frío durante las mañanas.	Nivel 2 por varios días	Fuerza	Ayuda	Media
NOVIEMBRE 2017	VESTIDO Y DESVESTIDO	Disposición del cuidador para continuar con la actividad de vestido y desvestido m/p verbalización del cuidador de tener la ropa adecuada y suficiente durante la hospitalización de su hijo.	Nivel 1 en independencia		Acompañamiento	Media
NOVIEMBRE 2017	HIGIENE	Independencia en la necesidad de higiene corporal m/p mantenerse limpio durante la estancia hospitalaria de la persona.	Nivel 1 en independencia		Acompañamiento	Baja
NOVIEMBRE 2017	CREENCIAS Y VALORES	Disposición del cuidador primario para mantener sus creencias religiosas m/p expresión del cuidador primario de seguir profesando su religión sin rencor a un ser supremo.	Nivel 1 en independencia		Acompañamiento	Baja
NOVIEMBRE 2017	RECREACIÓN	Disposición de los cuidadores para mejorar las actividades recreativas m/p proporcionar juguetes y realizar actividades de entretenimiento de acuerdo con la edad de la persona.	Nivel 1 en independencia		Acompañamiento	Baja

7.3 PLANEACION DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS

Después de realizar los diagnósticos, se procedió a realizar las estrategias de cada diagnóstico, se elaboró el objetivo correspondiente utilizando los componentes como sujeto, verbo, condición, tiempo, así como las intervenciones con las acciones correspondientes para cada necesidad, cada intervención realizada tiene su fundamentación correspondiente.

El plan de intervenciones está estructurado por dos columnas, en la columna izquierda se colocaron las intervenciones y acciones y en la columna derecha se realiza la fundamentación de cada intervención presentada.

Se elaboraron 14 planes de intervenciones los cuales se presentan a continuación.



PLAN DE INTERVENCIONES

NOMBRE: M. F. Niño **Edad:** 9 meses **Registro:** 843***
Servicio: Recuperación **Necesidad:** Nutrición **Nivel y grado de dependencia:** 6 por varios meses **Fuente de la dificultad:** Fuerza **Tipo de prioridad:** Alta **Fecha de identificación:** 17 de noviembre de 2017

Diagnóstico: Alteración nutricional R/C incapacidad de absorber nutrientes M/P peso y talla para la edad en percentil 3 (OMS), peso 4.290 kg y talla 56cm.

Objetivo: El lactante recuperara su equilibrio nutricional, por medio de la implementación de un plan nutricional a realizar con el equipo multidisciplinario durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Comprobar el estado nutricional actual, aplicando mediciones adecuadas a su edad, incluyendo peso y constitución corporal (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none">• Pesar diariamente al paciente, en las mañanas, antes de iniciar las actividades y en la misma bascula.• Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso elaborando una gráfica de peso y talla, donde se registren en una curva los registros diarios.• Vigilar las mediciones de los pliegues en tríceps, circunferencia muscular en medio del brazo y circunferencia de la parte media del brazo.	<p>La nutrición es un componente básico de salud e indispensable para el desarrollo y crecimiento normal y para mantener y repara los tejidos, el metabolismo y la función de los órganos.</p> <p>18</p> <p>Con la valoración se identifica las necesidades nutricionales individuales y proporciona una base de referencia.</p> <p>El control del peso diario ayuda a evaluar la</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina, hematocrito y electrolitos. <p>2. Valorar diariamente la integridad cutánea del niño. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar la presencia de enrojecimiento, calor o edema en la piel, si hay inflamación o ulceraciones en las extremidades. ➤ Observar si hay erupciones o abrasiones en la piel. ➤ Observar si hay zonas de presión y fricción en la piel. ➤ Instaurar medidas para evitar deterioro de la piel, como cambios de posición, liberar la presión en zonas que tienen mayor contacto con la cama. <p>3. Vigilar diariamente signos físicos de trastornos por carencias nutricionales. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si el pelo es delgado y si se desprende con facilidad del cuero cabelludo. • Observar las encías por si hay inflamación, si hay presencia de hemorragia. • Observar la turgencia de la piel. • Observar las características de las uñas. 	<p>evolución diaria del paciente.</p> <p>La disminución en el aporte calórico ocasiona que las reservas se consuman y se traduzcan con afección directa en la masa muscular, el panículo adiposo y la osificación.</p> <p>Las apariciones de lesiones cutáneas pueden reflejar un déficit nutricional.³⁵</p> <p>La carencia de micronutrientes puede complicar la malnutrición, afectar la respuesta inmunitaria y representan un retraso permanente del crecimiento y desarrollo. La vigilancia continua de signos de alteración en la nutrición nos permite</p>
--	--

<p>5. Alimentación enteral por sonda de yeyunostomía. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento al familiar la forma de alimentación, para disminuir su angustia. • Antes de iniciar la alimentación observar la presencia de residuo gástrico, aspirando gentilmente con una jeringa. • Auscultar la presencia de sonidos intestinales para detectar la presencia de motilidad intestinal. • Elevar la cabecera 30 a 45° durante la alimentación. • Iniciar la alimentación según la indicación médica. (formula de inicio 38.8 ml/hora en infusión continua). • Irrigar la sonda al terminar la alimentación con agua tibia y evitar que esta se obstruya con sedimentos. 	<p>valorar la carencia de vitaminas, minerales, calorías, aminoácidos esenciales.³⁶</p> <p>La yeyunostomía consiste en la colocación de una sonda en la luz del yeyuno proximal, a unos 20 cm del ángulo de Treitz, con la intención de suministrar nutrición enteral. Se puede instalar percutánea o quirúrgica.</p> <p>Es considerada una vía apropiada para la nutrición enteral a largo plazo.</p> <p>Las fórmulas de inicio tienen la finalidad de cubrir el total de los requerimientos de energía, macronutrientes y micronutrientes. Tienen como objetivo promover el crecimiento y desarrollo, fortalecer el sistema inmune, la formula posee un contenido adecuado de</p>
---	--

<p>5. Vigilar complicaciones de la sonda de yeyunostomía (INDEPENDIENTE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar la correcta colocación de la sonda, aspirando la sonda con presencia de residuo gástrico o auscultación de sonidos al pasar aire con una jeringa por la sonda. • Fijar la sonda a la parte corporal teniendo en cuenta la comodidad e integridad del paciente. • Irrigar la sonda con solución tibia, para evitar la obstrucción con residuos gástricos. • Realizar diariamente la limpieza con solución fisiológica la periferia de la sonda. • Registrar oportunamente en los documentos de enfermería las observaciones registradas diariamente. 	<p>hierro y con mejor biodisponibilidad, adecuado aporte de calcio y zinc, cuota suficiente de ácidos grasos y vitamina E, menor concentración de minerales y electrolitos y por ende menor carga renal de solutos.³⁷</p> <p>Salida accidental del catéter (fijación deficiente), obstrucción, fuga a la cavidad peritoneal, hernia interna, vólvulo intestinal, fístula entero-cutánea, isquemia intestinal, infección cutánea y absceso abdominal son complicaciones que se pueden presentar.³⁸</p>
--	---

<p>6. Administración segura de medicamentos vía enteral. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar, revisar la indicación médica que debe estar escrita de forma legible. • Aplicar los 10 correctos para la administración de medicamentos. • Preparar la medicación de acuerdo con la indicación médica. • Informar al cuidador de las acciones esperadas y posibles efectos adversos. • Corroborar la presencia de alergias a algún componente de la medicación. • Administrar la medicación de forma sutil, observando que no halla resistencia al paso de medicamentos. • Al terminar la administración limpiar la sonda con solución para evitar la obstrucción con residuos de los medicamentos. • Observar la presencia de efectos adversos, toxicidad o alguna interacción medicamentosa. • Documentar la administración de medicación y si presento alguna reacción, o problemas al pasar medicamentos por la sonda. 	<p>La administración de medicamentos consiste en preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.</p> <p>La seguridad en el manejo de medicamentos tiene como objetivo alcanzar la máxima calidad asistencial pero también con la máxima seguridad. El termino seguridad implica, no solo la ausencia de errores, sino una actitud positiva previsoras en la reducción de efectos adversos.³⁹</p>
--	--

8.Administrar complementos nutricionales, para contribuir en la alimentación del niño. (independiente)

- Administración de vitaminas ACD 1 ml vía oral cada 24 horas



- Administración de Zinc 8.4 mg vía oral cada 24 horas



Indicaciones

terapéuticas: prevención y tratamiento de la hipovitaminosis, la deficiencia de vitamina A produce ceguera nocturna, hiperqueratosis, xeroftalmía. La vitamina C está indicada en estados carenciales, diarrea crónica y desnutrición. La deficiencia de vitamina D puede producir deformaciones en el esqueleto.

Dosis y vía de administración: Vía oral
Niños: 5,000 U.I./kg/día

El Zinc es esencial para el crecimiento, es necesario para el adecuado funcionamiento del sistema inmunológico y necesario para reacciones enzimáticas. Esta indicado como profilaxis y tratamiento de estados carenciales, complemento en el tratamiento de diarreas crónicas, como precursor de las defensas del organismo, para mejorar el apetito en niños, precursor del crecimiento y desarrollo psicomotor. La vía de administración es oral y la dosis es de 10 a 20 mg al día.

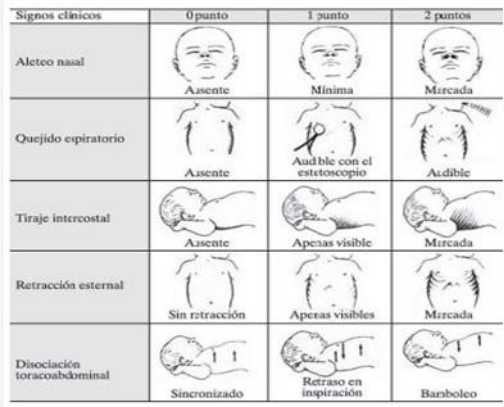
<p>8.Realizar vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño (interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una gráfica donde se registre diariamente el peso y la talla. • Utilizar los percentiles de la OMS, para detectar alteraciones en el crecimiento y desarrollo. • Apoyarnos del servicio de nutrición para tener mayor precisión de las medidas antropométricas. 	<p>Para medir su crecimiento se utilizan estándares de referencia, los que evalúan la normalidad de su crecimiento.⁴⁰</p>
---	--

EVALUACIÓN

Se conto con el material y equipo completo para la implementación del plan de intervenciones, al inicio el paciente se encontraba en un nivel 6 de dependencia con un peso de 4.290 kg y una talla de 56 cm, en la última valoración y con las medidas implementadas se observa que continua con un nivel de dependencia 6, pero con aumento de peso de 4.540 kg y una talla de 57 cm por lo que significa una ganancia de 250 gramos en el peso y 1 cm en la talla.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Oxigenación **Nivel y grado de dependencia:** 6 por varios meses
Fuente de la dificultad: Fuerza **Tipo de prioridad:** Alta **Fecha de identificación:** 17 de noviembre de 2017

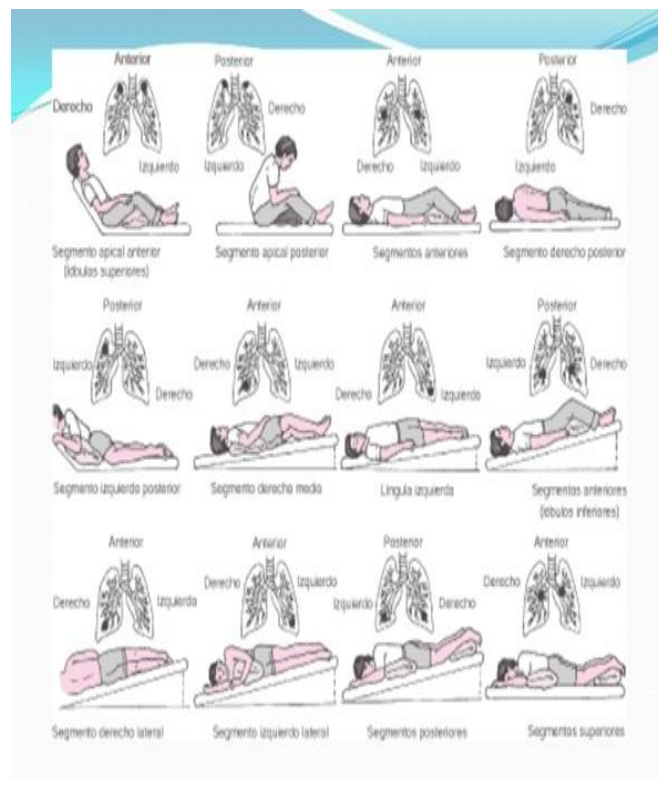
<p>Diagnóstico: Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C acumulo de secreciones M/P estertores bilaterales, frecuencia cardiaca de 147 lpm, y frecuencia respiratoria de 57 rpm.</p> <p>Objetivo: El paciente recuperara la limpieza de la vía aérea por medio de fisioterapia respiratoria durante las siguientes 8 horas.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valorar la frecuencia, profundidad y patrón respiratorio cada 4 horas. (independiente)</p> <p>Valorar frecuencia respiratoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar instrumentos de valoración (Silverman Anderson) <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <p>FUENTE: http://enfermerapediatrica.com/.png</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en sedestación. • De acuerdo con la proyección anatómica de los pulmones en el tórax colocar el diafragma del estetoscopio 	<p>El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y expiración, la frecuencia respiratoria es el número de veces que una persona respira por minuto, cuando se miden las respiraciones, es importante tener en cuenta el esfuerzo que realiza la persona para respirar, la profundidad de las respiraciones, el ritmo y la simetría de los movimientos de cada lado del tórax.⁴¹</p>

<ul style="list-style-type: none"> • sobre la pared torácica, de manera que no que quede situado sobre alguna estructura ósea y cuantifique el número de respiraciones en 30'', multiplíquelas por 2 si la respiración es regular. • En caso de que respiración irregular cuantificar por 1 minuto completo. • Registre el dato, interprete y actúe según el hallazgo. 	
<p>2.Realizar exploración del aparato cardiorrespiratorio cada 4 horas. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el tórax anterior y posterior, observando forma, tamaño, simetría, color. • Detectar los ruidos asociados con la respiración. • Palpar la simetría, expansión, sensaciones como crepitación del tórax. • Realizar percusión directa o indirecta del tórax, detectar intensidad, tono, duración y calidad de la percusión. 	<p>Es importante realizar una evaluación frecuente, nos puede indicar la presencia de secreciones. Los ruidos respiratorios los produce el flujo de aire a través del árbol respiratorio. Pueden caracterizarse por su tono, intensidad, calidad y la duración entre la inspiración y expiración.⁴²</p>

- Auscultar en el tórax intensidad, duración y calidad de los ruidos respiratorios.

3. Realizar cambios frecuentes de posición o drenaje postural. (independiente)

- Elevar la cabecera a 30 o 45°
- Posición semifowler cada 2 horas
- Decúbito lateral derecho cada 2 horas
- Decúbito lateral izquierdo cada 2 horas
- Aplicación de fisioterapia pulmonar previo a la aspiración de secreciones.



La posición semifowler disminuye la aspiración y la presencia de neumonías. El grado de elevación de la cabecera disminuye el riesgo de aspiración de contenido gástrico.⁴³

La fisioterapia es un método para aumentar los volúmenes pulmonares, la limpieza de secreciones, mejorar la compliance pulmonar y la prevención de neumonías. Incluye el drenaje postural, percusión y vibración de la pared torácica.⁴⁴

<p>4.Realizar fisioterapia respiratoria mediante percusión y vibración torácica 2 veces por turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juntar los dedos con el pulgar y flexionarlos ligeramente formando una concavidad poco profunda con las palmas. • Golpear el área blanco usando las palmas ahuecadas, manteniendo las muñecas rígidas y alternando las manos, se debe producir un sonido hueco. • Percutir la totalidad del área blanco, usando un patrón sistemático y alternando de forma rítmica la mano. • Continuar con la percusión 1 a 2 minutos. 	<p>Con la percusión, se realiza una transmisión sonora, realizando un efecto que moviliza las secreciones del árbol bronquial. Esta ha de ser más duradera en tiempo cuando más distal sea el acumulo de secreciones del árbol bronquial principal. El material a utilizar son los dedos, manos en posición ahuecada, percutores eléctricos.</p> <p>www.aibarra.org/fisioterapia-respiratoria.doc</p>
<p>5.Aspiracion de secreciones endotraqueales. (interdependiente)</p> <p>A. Preparar material y equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsa de reanimación conectada a oxígeno al 100%. • Equipo de aspiración estéril (2 frascos, gasa). • Guantes estériles, gafas protectoras, mascarilla. • 2 sonda para aspiración (nelaton # 8). 	<p>La aspiración de un tubo endotraqueal es una técnica invasiva estéril que requiere aplicar conocimientos científicos.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Solución estéril. • Bolsa de desechos. <p>B. Antes de realizar el procedimiento, presentarnos con el cuidador, comprobar la identidad del paciente y explicar el procedimiento al cuidador.</p> <p>C. Realizar un lavado de manos con jabón antiséptico.</p> <p>D. Proporcionar un entorno privado y preparar al paciente, manteniéndolo en posición semifowler.</p> <p>E. Preparar el equipo para un sistema de succión abierto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conectar la bolsa de reanimación a la toma de oxígeno y ajustar el flujo de al 100 %. • Abrir el material estéril (equipo y colocar las sondas nelaton # 8 fr.) • Verter suero salino en uno de los frascos del equipo de aspiración. • Encender la aspiración y configurar la presión entre 60 y 100 mmHg. • Ponerse las gafas protectoras y la mascarilla o cubrebocas. • Colocarse los guantes estériles. 	<p>Permite realizar el procedimiento correcto al paciente y reduce la angustia del cuidador.</p> <p>Evita infecciones cruzadas durante la atención hospitalaria.</p> <p>La respiración oxigena los pulmones, contrarresta los efectos hipóxicos de la aspiración.</p> <p>Algunos centros recomiendan ponerse un guante estéril en la mano dominante y uno no estéril en la mano no dominante, para proteger al profesional de salud.</p>
--	--

- Sujetar el catéter con la mano dominante y el conector con la mano no dominante, conectar la sonda de aspiración al conducto de aspiración.



F. Lavar y lubricar el catéter.

- Usando la mano dominante, poner la punta del catéter en la solución salina estéril.
- Usando el pulgar de la mano no dominante, ocluir el control de aspiración y aspirar una pequeña cantidad de solución a través del catéter.

G. Si el paciente no tiene muchas secreciones, hiperventile con la bolsa de reanimación antes de la aspiración.

- En este paso se debe contar con la ayuda de otra persona.
- Abrir el oxígeno de 10 a 15 litros.
- Conectar la bolsa a la cánula endotraqueal y comprimir 3 a 4 veces

Así se determina si el equipo de aspirado funciona correctamente y se lubrica el exterior y el interior del catéter de aspiración. La lubricación facilita la inserción y reduce el traumatismo tisular y previene que las secreciones se adhieran al catéter.

Si se hiperventila a un paciente con muchas secreciones, se pueden introducir más aun en la vía aérea.

Aumentar el flujo de oxígeno en pacientes con muchas secreciones para evitar desaturación al momento de extraer las secreciones.

Para prevenir traumatismos tisulares y pérdida de oxígeno, no se

<p>observando ascenso y descenso del tórax del paciente para evaluar si cada ventilación es adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente tiene muchas secreciones, no hiperventilar. <p>H. Introducir el catéter sobre la cánula rápida pero suavemente sin aspirar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el pulgar de la mano no dominante retirado del acceso del aspirado, introducir el catéter rápido, pero suavemente en el tubo endotraqueal. • Insertar el catéter hasta que el paciente tosa, si encuentra resistencia extraiga el catéter 1 o 2 cm. • aspire durante 10 a 15 segundos poniendo el pulgar de la mano no dominante sobre el acceso del pulgar, rotar el catéter haciéndolo girar entre el índice y el pulgar, a la vez que se extrae lentamente. • Hiperventilar al paciente aspirar nuevamente si es necesario. • Observar las respiraciones y color de la piel del paciente, evaluar la frecuencia y ritmos cardiacos. • Dejar 2 0 3 minutos con el oxígeno entre cada aspiración realizada. 	<p>aspira durante la inserción del catéter.</p> <p>La resistencia indica que la punta del catéter ha alcanzado la bifurcación de la tráquea, extrayendo el catéter se evita lesionarla.</p> <p>El tiempo de aspirado se limita a 10 segundos o menos para reducir la pérdida de oxígeno.</p> <p>Se de oportunidad a los pulmones para que se vuelvan a oxigenar.</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Lavar el catéter y repetir la aspiración hasta que la vía respiratoria este limpia. <p>I. Desechar el equipo y garantizar la disponibilidad para la siguiente aspiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apagar la aspiración y desconectar el catéter del tubo del aspirado. • Envolver el catéter alrededor de la mano estéril y quítese el guante de manera que se envuelva el catéter y deséchelo. • Retire el material utilizado y deséchelo en el contenedor correspondiente. • Realice higiene de manos. • Dejar cómodo al paciente. <p>6.Hacer las anotaciones correspondientes en los formatos de enfermería después de cada procedimiento(independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar las valoraciones realizadas • Registrar la hora de inicio del procedimiento • Anotar las características de las secreciones aspiradas • Registrar las incidencias observadas. 	<p>En los pacientes que se necesita aspiraciones constantes, es necesario hacerlo rápidamente por lo que es esencial dejar el equipo ala lado de la cama, listo para su uso.¹⁹</p> <p>Los registros clínicos de enfermería son considerados un documento legal, además de representar la evidencia del cuidado proporcionado.⁴⁵</p>
---	---

EVALUACIÓN

Se realizo el plan de intervenciones contando con el equipo y material necesario para la implementación del plan.

Se realizan todas las intervenciones con la coordinación del personal de enfermería del servicio.

El paciente se encontraba en nivel y grado de dependencia nivel 6, con la implementación de las intervenciones aun continua en dependencia, baja a nivel 3, se logra extubar al paciente, pero necesita medidas que le ayuden a eliminar las secreciones.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Eliminación **Nivel y grado de dependencia:** 4 por varios meses

Fuente de la dificultad: Fuerza **Tipo de prioridad:** Alta **Fecha de**

identificación: 17 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Alteración de la eliminación urinaria R/C efectos secundarios de medicamentos M/P gasto urinario de 3.3 ml/kg/h</p> <p>Objetivo: El niño no presentará alteraciones urinarias por medio de acciones de vigilancia de ingresos y egresos cada turno.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración de la necesidad de eliminación de la persona (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistar al cuidador primario sobre los hábitos urinarios del niño. • Realizar una observación general del color de la piel, de la cara, observar si hay hundimiento en los ojos, integridad de los genitales. • Realizar exploración física de la piel, abdomen, genitales, mediante la inspección, palpación, percusión y auscultación. • Analizar los resultados de laboratorio como creatinina, densidad urinaria, Ph. <p>2. Vigilar datos de hidratación del paciente cada 4 horas (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la turgencia de la piel • Vigilar las características de hidratación de la piel 	<p>La función del sistema urinario se valora, a partir de resultados de pruebas diagnósticas, de una entrevista de valoración de la salud para obtener datos subjetivos y de una valoración exhaustiva para conocer el estado de salud del paciente.⁴⁶</p> <p>Dentro de los signos de deshidratación se encuentra la pérdida del peso corporal del 3 al 5 %, hay llanto sin lágrimas, mucosas orales secas y</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Observar el estado de hidratación de mucosas orales • Vigilar la presencia de hundimiento de la fontanela anterior y de ambos ojos. <p>3.Llevar un control estricto de la eliminación urinaria(independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuantificar la diuresis, incluyendo la frecuencia, olor, volumen y color. • Registrar horariamente cada eliminación urinaria del lactante. • Realizar un balance hídrico cada 6 horas, registrando los ingresos y egresos durante este lapso. • Pesar los pañales del paciente antes de ser utilizados. • Colocar una bolsa contenedora de diuresis, para tener una cuantificación más exacta. <p>4. Tomar cada 4 horas un labstix urinario. (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar una muestra de orina colocando una bolsa colectora de orina la paciente. • En una tira reactiva de labstix colocar una gota de orina en cada reactivo y esperar el tiempo indicado por el fabricante. 	<p>pérdida de la turgencia de la piel formando el llamado signo del lienzo húmedo.²⁹</p> <p>La valoración de la orina implica la observación de sus características, se debe inspeccionar el color la claridad y el olor¹⁹</p> <p>Para un cribado rápido, se puede realizar un análisis de orina con tiras reactivas especiales, sumergiéndolas en la muestra y observando un cambio de color en el intervalo de tiempo designado en el envase.¹⁹</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Comparar los resultados obtenidos de la tira reactiva con los valores establecidos en el frasco de los reactivos y registrarlos. • Tomar una gota de orina y colocarla en el densímetro para verificar la densidad urinaria. <p>5.Llevar un control continuo de líquidos administrados. (interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar indicaciones médicas para la administración y la restricción hídrica del paciente. • Administrar los líquidos para mantener vena permeable a razón de 1 ml/h. • Administrar medicamentos e infusiones intravenosos según la prescripción y registrarlos en la sabana de registros. • Registrar estrictamente los líquidos administrados por vía enteral y por vía parenteral. 	<p>Los lactantes tienen características especiales con relación a los requerimientos y la pérdida de líquidos que se deben considerar como mayor superficie corporal respecto al peso, mayor proporción de agua, menor capacidad de concentración de la orina y menor capacidad para expresar la sensación de sed.⁴⁷</p>
---	---

EVALUACIÓN


Se elaboró un plan de intervenciones contando con el material y equipo suficiente.

Se realizan las intervenciones en el servicio con el apoyo del personal de enfermería adscrito al área de atención.

Con la implementación del plan de intervenciones se pasó de un nivel de dependencia 4 a un nivel de riesgo 2, se retira la infusión de aminofilina que aumentaba el gasto urinario.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Movimiento y postura **Nivel y grado de dependencia:** 4 por varios días **Fuente de la dificultad:** Fuerza **Tipo de prioridad:** Alta **Fecha de identificación:** 17 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Alteración de la movilidad física R/C limitación del movimiento terapéutico M/P disminución de fuerza de miembros torácicos grado 3 (escala de Daniels)</p> <p>Objetivo: El lactante recuperará la movilidad física mediante un plan de ejercicios durante su hospitalización.</p>															
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN														
<p>1. Valorar diariamente la movilidad y la fuerza del paciente (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogar al cuidador primario si el paciente presenta movimientos anormales, si realiza alguna técnica o terapia de rehabilitación, sostén cefálico, sedestación. • Realizar una observación de movimientos anormales y de limitaciones que le impidan al paciente desarrollar una adecuada fuerza. • Realizar una exploración física examinando reflejos, fuerza y tono muscular, utilizando escalas de Ashwort modificada, escala de Daniels. 	<p>La valoración de la necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso es fundamental para iniciar un plan de intervenciones.¹⁶</p>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Grado</th> <th style="text-align: center;">Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Ninguna Respuesta muscular</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Músculo realiza contracción visible/palpable SIN movimiento</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Músculo realiza TODO el mov Sin Gravedad/Sin Resistencia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Músculo realiza TODO el mov Contra Gravedad/Sin Resistencia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad+Resistencia Mod</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Músculo soporta resistencia manual máxima, Mov completo, Contra gravedad</td> </tr> </tbody> </table>	Grado	Descripción	0	Ninguna Respuesta muscular	1	Músculo realiza contracción visible/palpable SIN movimiento	2	Músculo realiza TODO el mov Sin Gravedad/Sin Resistencia	3	Músculo realiza TODO el mov Contra Gravedad/Sin Resistencia	4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad+Resistencia Mod	5	Músculo soporta resistencia manual máxima, Mov completo, Contra gravedad
Grado	Descripción														
0	Ninguna Respuesta muscular														
1	Músculo realiza contracción visible/palpable SIN movimiento														
2	Músculo realiza TODO el mov Sin Gravedad/Sin Resistencia														
3	Músculo realiza TODO el mov Contra Gravedad/Sin Resistencia														
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad+Resistencia Mod														
5	Músculo soporta resistencia manual máxima, Mov completo, Contra gravedad														

<p>2.Vigilancia continua de la sujeción terapéutica del paciente (independiente).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar que el cuidador primario este informado de estas medidas y que haya autorizado mediante la firma del consentimiento de riesgo de caídas. • Evitar que las sujeciones estén atadas a los barandales de la cuna. • Las sujeciones deben estar fuera del alcance del paciente y no deben de interferir con los aditamentos que son parte del tratamiento. • Cada hora observar características de la piel, vigilar temperatura, coloración y sensibilidad de las partes que están con sujeción. • Liberar de la sujeción al paciente, siempre que esté una persona capaz de reconocer los movimientos que el paciente pueda realizar y estos le causen daño. • Explicar al cuidador primario de la importancia que tiene la sujeción y de reconocer los movimientos que le causan daño al estar sin sujeción. 	<p>La sujeción terapéutica se puede relacionar con la inmovilización, la cual se entiende como el uso de procedimientos físicos, mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, para controlar su actividad física y protegerlo de lesiones sobre sí mismo. Dentro de los cuidados de enfermería se debe vigilar la integridad de la piel, vigilar las constantes vitales.⁴⁸</p>
<p>3.Implementar una terapia de ejercicios pasivos que favorezcan la fuerza y la movilidad. (interdependiente)</p>	<p>Tienen por objeto mantener la movilidad articular y flexibilidad</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Consultar con el servicio de rehabilitación, para diseñar un programa de ejercicios que se puedan realizar en el servicio. • Realizar movimientos pasivos en cada momento que se está con el paciente, por ejemplo: <p>EJERCICIOS DE MIEMBROS TORACICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Movimiento de brazos en paralelo, con los dos brazos hacia arriba y abajo. Se toman desde más arriba de los codos manteniéndolos extendidos. 2. Movimiento alternativo de los brazos, igualmente en flexión y extensión. 3. Movimiento de brazos en cruz, abriendo los brazos primero y luego acercándolos en un auto abrazo. 4. Movimientos de rotación de la muñeca, hacia adentro y hacia afuera, sujetando por el antebrazo y la mano. 5. Masaje en cada dedo de la mano, por los laterales y por arriba y abajo. 6. Flexión de dedos, el dedo pulgar y a continuación el resto a la vez. <p>EJERCICIOS DE MIEMBROS PELVICOS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flexión de piernas y rotación de caderas. Desde las rodillas hacemos una triple flexión llevando las caderas abducción y rotación externa. 	<p>muscular, es necesario observar recomendaciones como la colaboración del niño, llevar los miembros a una posición de tensión máxima seguido de un estiramiento pausado y con suavidad, no intentar mover ni estirar cuando el niño está haciendo algún movimiento involuntario, esperar a que se relaje. Estos ejercicios tienen como objetivo mantener el tono muscular y la amplitud articular, contribuyendo a la correcta posición estática, al desarrollo de la movilidad espontánea y voluntaria.⁴⁹</p>
---	---

<ol style="list-style-type: none"> 2. Pataleo alternativo de ambas piernas. Buscamos disociar el movimiento de una y otra pierna. 3. Empujar con las piernas extendidas, se facilitan las reacciones de apoyo, empujamos desde la planta del pie, con las rodillas sujetas. 4. Flexión y extensión de los dedos del pie, los tomamos desde las puntas de los dedos, con nuestra palma. 5. Movimiento de rotación de los pies. Buscamos la movilidad del tobillo hacia afuera, como hacia adentro. 6. Movilización de los pies con un cepillo de cerdas suaves, en el dorso, en la planta y en los laterales, estimulando la movilidad y reacción de toda la musculatura del pie. 	
<p>4. Capacitar al cuidador primario sobre la terapia de ejercicios implementada durante la hospitalización. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar nivel de compromiso y disponibilidad que tiene el cuidador. • Informar al cuidador la importancia que tiene implementar un plan de ejercicios para mejorar la fuerza del paciente. • Enseñar al cuidador el plan de ejercicios que se va a implementar. 	<p>Los conocimientos acerca de las necesidades de los padres durante el acompañamiento del niño enfermo permiten destacar el interés y la participación de los padres en los cuidados de la salud en pediatría, de modo a contribuir para</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar si el familiar comprendió el plan y si es capaz de realizarlo. <p>5.Realizar cambios de posición cada 2 horas. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener disponible un colchón firme • Valorar si no hay contraindicación médica para realizar los cambios cada 2 horas. • Realizar los cambios en las siguientes posiciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Decúbito lateral derecho ▪ Decúbito lateral izquierdo ▪ Posición decúbito supina • Siempre respetar la alineación del paciente, respetar la posición de la cabecera a 30°. • Utilizar almohadas con bolitas de unicel para alinear adecuadamente al paciente y evitar el contacto entre zonas de presión. 	<p>obtener una atención de salud calificada y humanizada.⁵⁰</p> <p>Consiste en ayudar al paciente a cambiar de posición, levantarse o acostarse en la cama, para mantener y vigilar la integridad de la piel, conservar la alineación adecuada del paciente, garantizar su confort y estimular y favorecer la independencia del niño.⁵¹</p>
---	---

EVALUACIÓN

Se cuenta con todo el material y equipo necesario para llevar a cabo el siguiente plan de intervenciones.

Se llevan a cabo las intervenciones planeadas para esta necesidad, se cuenta con la colaboración del personal de enfermería adscrito a la unidad.

El paciente se encontraba en un nivel 4 de dependencia, se retira la sujeción terapéutica pero aun continua en un nivel 3 por falta de fuerza.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Descanso y sueño **Nivel y grado de dependencia:** 4 por varios meses **Fuente de la dificultad:** Fuerza **Tipo de prioridad:** Alta **Fecha de identificación:** 17 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño R/C múltiples factores ambientales e intervenciones de enfermería M/P irritabilidad al contacto.</p> <p>Objetivo: El niño recuperará un patrón adecuado de sueño mediante la estandarización de los cuidados y medidas durante su hospitalización.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valorar diariamente la necesidad de descanso y sueño. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogar al cuidador primario sobre los hábitos de sueño y descanso del niño. • Interrogar al personal de enfermería para conocer el comportamiento del paciente durante su hospitalización. • Observar al paciente si presenta datos que muestren datos de insomnio. • Realizar una inspección en búsqueda de ojeras, adinamia, irritabilidad, enrojecimiento ocular. 	<p>El sueño es importante para el buen desarrollo físico y neuropsicológico del niño, por lo que es fundamental fomentar un sueño de calidad. El sueño es un proceso fisiológico activo, dinámico que impacta en diferentes aspectos de la salud. Por lo que es de vital importancia su adecuada valoración.⁵²</p>
<p>2. Valorar durante el turno, el entorno que rodea al paciente (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presencia de equipo biomédico, conocer sus alarmas y atender estas para disminuir el ruido en la sala. 	<p>Los pacientes que ingresan a un hospital no duermen bien, en ocasiones se debe a la patología y también influyen las causas ambientales. El patrón</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Controlar las puertas de acceso para evitar la entrada de corrientes de aire. • Verificar carros Pasteur tengan un mantenimiento adecuado para disminuir el ruido que realizan. • Hacer conciencia con el personal que labora en la unidad, para que modulen la voz, traten de no utilizar dispositivos musicales. <p>3.Implementar medidas que favorezcan el sueño (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar el ambiente, como disminuir o quitar la luz, el ruido, la temperatura, la ropa y la comodidad del colchón. • Facilitar las rutinas que el paciente o el cuidador realizan antes de dormir. <p>4.Aplicar técnicas de relajación para facilitar el descanso y sueño (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer uso de música o musicoterapia, utilizando música instrumental o con sonidos ambientales que imitan la naturaleza. 	<p>normal de sueño se ve afectado considerando factores externos como son los ruidos, las luces, compañeros de habitación.⁵³</p> <p>Todos los pacientes requieren un entorno para dormir con una habitación confortable, con temperatura y ventilación adecuada, las mínimas fuentes de ruido posibles, una cama cómoda y una iluminación apropiada.¹⁸</p> <p>La música disminuye el estrés medio ambiental, tiene efectos positivos en la inmunidad, logra estabilizar los signos vitales. La música preferida por los terapeutas es la clásica, se le está dando más importancia a Mozart.⁵⁴</p>
--	---

- Realizar masaje relajante:

En la cara: Realice movimientos suaves y circulares con la yema de sus dedos. Hágalo en las mejillas, alrededor de los ojos, en la frente y alrededor de la boca. Use caricias suaves detrás del cuello hacia los hombros. (Figura 1)

Brazos: Forme un círculo con sus dedos y pase el brazo del niño por él, desde la axila hasta la mano. Forme ochos con la yema de sus dedos por el recorrido del brazo. No olvide las palmas de las manos. (Figura 2)

Piernas: Acaricie las piernas del bebé con movimientos suaves y ascendentes. Juegue a llevar las rodillas al pecho y a hacer bicicleta. De masaje a los pies desde los dedos hasta los talones. (Figura 3)

Torso: Use movimiento en dirección a las manecillas del reloj sobre la zona del abdomen. Dibuje líneas verticales en la espalda, al lado de la columna vertebral. Haga ochos con los dedos sobre la superficie del centro hacia los lados. (Figura 4)

El masaje en niños es una excelente forma de estimulación. Con las técnicas que se aplican en el masaje en niños, se estimula el sistema nervioso central del bebé y, además ayuda a la calma del niño, el masaje es una manera de establecer y fortalecer vínculos de amor y comunicación entre los cuidadores y el niño. (Terapia-fisica.com 2018)

FIGURA 1



FIGURA 2



5.Organizar las intervenciones de enfermería para minimizar las interrupciones del descanso y sueño. (independiente)

- Monitorizar signos vitales del paciente para evitar despertarlo para la toma de estos.
- Organizar la administración de medicamentos en horarios en los que el paciente aún se mantiene despierto.
- Programar las curaciones para cuando el paciente este despierto y no despertarlo para realizar estos procedimientos.
- Tomar muestras sanguíneas en la mañana si estas no son urgentes.

FIGURA 3



FIGURA 4



EVALUACIÓN

Se cuenta con el material y equipo necesario para llevar a cabo todas las intervenciones desarrolladas para este plan.

Se realizaron las intervenciones de enfermería, se contó con el apoyo del personal del servicio en todo momento.

El paciente estaba en un nivel 4 de dependencia por varios meses, con la implementación de las intervenciones de enfermería, se logra disminuir a un nivel 3, ya que el área donde se encuentra el paciente es un área dinámica de ingresos y egresos de pacientes.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Seguridad y Protección **Nivel y grado de dependencia:** 4 por varios meses **Fuente de la dificultad:** Fuerza **Tipo de prioridad:** Alta **Fecha de identificación:** 26 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Alteración en la protección a cualquier nivel R/C pérdida de la barrera primaria y secundaria M/P (leucocitos 16000, presencia de catéter central en yugular derecha, sonda de gastrostomía, sonda yeyunostomía, palidez de tegumentos).</p> <p>Objetivo: El paciente recuperara su protección a cualquier nivel a través de acciones interdisciplinarias de prevención durante su estancia hospitalaria.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valorar diariamente la necesidad de seguridad y protección del paciente. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogar al cuidador primario sobre la presencia de lesiones o alteraciones de la piel. • Valorar el entorno en presencia de factores que afecten la necesidad. • Realizar una exploración diaria, utilizando la inspección y la palpación de la piel, sistema inmunitario y factores ambientales. • Revisar los estudios de laboratorio relacionados con la necesidad. 	<p>Evitar los peligros, es una necesidad de todo ser humano de protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física, psicológica y social. Cuando en una persona esta necesidad esta alterada, es necesario que el personal de salud identifique el origen de dicha alteración a través de la observación diaria para minimizar posibles riesgos de una complicación y llevar una adecuada recuperación.⁵⁵</p>

2. Valoración diaria de la integridad de la piel, mucosas y de su higiene.

(Independiente).

- Observar presencia de cambios de coloración en la piel.
- Vigilar las zonas de apoyo.
- Uso de escalas de valoración de riesgos. (Escala Braden)

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4).
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2).	Adecuada (3).	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

Fuente: <http://www.ulceras.net/userfiles/images/monograficos/UPP-tratamiento-1.jpg>

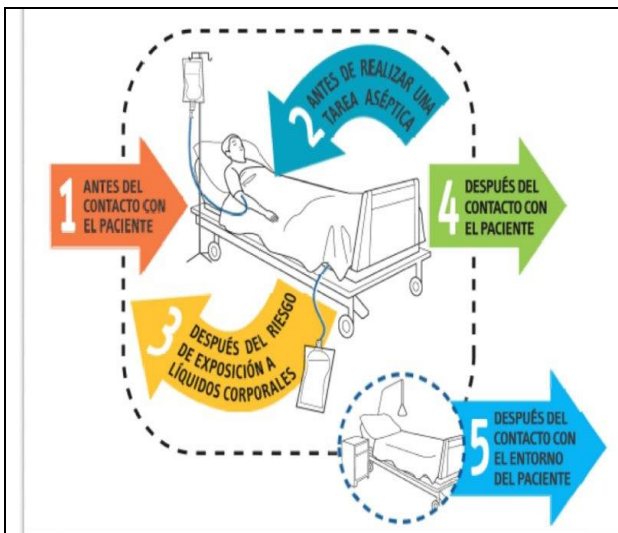
3. Realizar medidas preventivas para el control de infecciones durante la hospitalización. (Independiente).

- Lavado de manos del personal que asiste al niño y de las personas que entran a la visita.
- Promover y utilizar los 5 momentos para la higiene de manos.

Las lesiones de la piel asociadas al cuidado representan fallas en la seguridad del paciente, generando altos costos e impactos emocionales.

El objetivo es identificar factores específicos, que lo pone en situación de riesgo y requiere medidas de prevención.⁵⁶

La transmisión de patógenos asociada con la atención de la salud se produce mediante contacto directo e indirecto. El contagio mediante manos



Fuente:

http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Infectologia/IAAS/Imagen1.jpg

4.Limpieza diaria de las superficies inanimadas. (Independiente).

- Limpiar con alcohol al 70 % los barandales de la cama, el colchón.
- Limpiar con alcohol al 70 % el material biomédico de monitorización que se está utilizando con el paciente.
- Limpiar termómetro, estetoscopio con alcohol al 70 %.

contaminadas de los trabajadores de la salud es el patrón más común en la mayoría de los escenarios. Los patógenos asociados pueden provenir de heridas infectadas, de drenajes, de áreas colonizadas, mobiliario y objetos del entorno.

La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada.⁵⁷

La desinfección es un proceso físico o químico de destrucción de microorganismos aplicado a superficies inertes (materiales, equipamientos y superficies).

Los alcoholes actúan destruyendo la membrana

- Limpieza de bascula de peso antes de usarla con el paciente.
- Limpieza de mesa Pasteur que se está utilizando en la unidad.

5.Administración segura de medicamentos (antibióticos). Interdependiente.

- Antes de iniciar, revisar la indicación médica que debe estar escrita de forma legible.
- Aplicar los 10 correctos para la administración de medicamentos.



FUENTE: <https://image.jimcdn.com>

celular y desnaturalización de las proteínas, su acción es rápida, incluso desde los 15 segundos, sus efectos biológicos de daño microbiano permanecen por varias horas.⁵⁸

Antibiótico natural derivado de *Nocardia orientalis*, se considera de espectro reducido. Se utiliza en el tratamiento por infecciones S. Aureus resistente a meticilina, S. Coagulasa negaticvo resistente a betalactámicos, endocarditis, meningitis, osteomielitis, terapia empírica en infecciones secundarias a catéteres centrales.

MECANISMO DE ACCION: inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana; altera la permeabilidad de la membrana celular de las bacterias; bloquea la polimerización de glucopéptidos en la segunda etapa de la síntesis de la pared celular.

CONTRAINDICACIONES: hipersensibilidad a la vancomicina, evitar en pacientes con hipoacusia previa.

- Administrar Vancomicina 45 mg IV c/ 6 horas.



- Preparar la medicación de acuerdo con la indicación médica.
- Informar al cuidador de las acciones esperadas y posibles efectos adversos.
- Corroborar la presencia de alergias a algún componente de la medicación.
- Observar la presencia de efectos adversos, toxicidad o alguna interacción medicamentosa.
- Documentar la administración de medicación y si presento alguna reacción.

PRECAUCIONES: usar con cautela en pacientes con disfunción renal, o quienes reciben medicamentos nefrotóxicos u ototóxicos.

REACCIONES

ADVERSAS: la infusión rápida se relaciona con síndrome de cuello rojo, paro cardiaco, fiebre, escalofríos, urticaria, náuseas, flebitis.

INTERACCIONES:

agentes anestésicos (eritema, hipotensión, hipotermia, rubor facial), diuréticos de asa, cisplatino y aminoglucósidos.

ESTABILIDAD: es incompatible con heparina, fenobarbital y ceftazidima. Reconstituida se puede utilizar en las siguientes 2 semanas si esta refrigerada.

FARMACOCINETICA: se distribuye en tejidos y líquidos corporales, la vida media es de 4 a 8 horas, se elimina por filtración glomerular, no es dializable.

DOSIS: lactantes > 1 mes 40 mg/kg/día divididos en dosis 6 a horas.

ADMINISTRACION: administrar en infusión IV en un lapso de 60 minutos con una concentración no mayor de 5 mg/ml.

NO ADMINISTRAR VIA INTRAMUSCULAR.⁵⁹



La administración de medicamentos consiste en preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

La seguridad en el manejo de medicamentos tiene como objetivo alcanzar la máxima calidad asistencial pero también con la máxima seguridad.

El término seguridad implica, no solo la ausencia de errores, sino una actitud positiva previsor en la reducción de efectos adversos.⁶⁰

6.Cuidados de líneas intravasculares diariamente. (Independiente).

- Vigilancia de sitio de inserción del catéter central buscando la presencia de secreción o cambios de coloración.
- Realizar curación de catéter central cada 7 días si está cubierto con un apósito transparente, cada 48 horas si es apósito no visible.
- Preparación de soluciones o medicamentos en una campana de flujo laminar y con técnica aséptica.
- Utilizar dispositivos libres de aguja.
- Cambio de insumos cada 72 horas.

Se recomienda el uso de conectores libres de agujas ya que disminuyen el riesgo de infecciones por contaminación durante la infusión de soluciones intravenosas y elimina el peligro de punciones accidentales en el personal de salud.

El equipo de administración de la terapia de infusión deberá cambiarse cada 72 h. Si existe sospecha de contaminación o infección sistémica asociada a un catéter central o periférico, se procederá al retiro inmediato. En caso de infección localizada en el sitio de inserción del catéter venoso central sin



evidencia de complicación sistémica, en pacientes con dificultad para ubicar un nuevo acceso venoso central, considerar la toma de cultivo del sitio de inserción y la curación cada 24 horas hasta la remisión del evento, si no se controla la infección local y se identifican datos sistémicos de infección, se retira de forma inmediata.⁶¹

7.Mantener un ambiente seguro diariamente. (Independiente).

- Retirar objetos pequeños, que el paciente se pueda llevar a la boca.
- Evitar corrientes de aire.
- Mantener los barandales de la cuna elevados.

Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe protegerse de toda agresión interna o externa, el medio ambiente contiene muchos peligros tanto visibles como no visibles.⁶²

8. Vigilancia continua de resultados de laboratorio

Valorar:

Leucocitos

Plaquetas

Tp, TPT

Tiempos de coagulación

PCR

VSG

Las pruebas diagnósticas son herramientas de ayuda para la decisión clínica. La medicina de laboratorio basada en la evidencia combina la epidemiología clínica, la estadística y las ciencias sociales con la bioquímica clásica y la molecular, con vistas a mejorar la efectividad y la eficiencia de las pruebas de laboratorio.⁶³

EVALUACIÓN

Se contó con el material y equipo necesario para la implementación del plan de intervenciones.

Se implementaron las intervenciones de enfermería con el apoyo del personal de enfermería del servicio.

El paciente mejora su condición, pasa de un nivel de dependencia 4 a un nivel de riesgo 2, se encuentra sin catéter central, pero aun continua con sonda de gastrostomía y sonda de yeyunostomía.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Comunicación **Nivel y grado de dependencia:** 4 por varios meses **Fuente de la dificultad:** Fuerza **Tipo de prioridad:** Alta **Fecha de identificación:** 26 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Retraso del desarrollo del lenguaje R/C barreras de comunicación M/P retraso del lenguaje (escala Denver), no imita sonidos, no pronuncia monosílabas.</p> <p>Objetivo: El lactante mejorará la comunicación verbal con la implementación de intervenciones que estimulen el desarrollo del lenguaje, mientras se encuentra hospitalizado.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valorar la necesidad de comunicación cada semana (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistar al cuidador primario para conocer el desarrollo verbal de su hijo, preguntarle si su hijo dice alguna palabra, si emite sonidos, si ha notado que tiene alguna barrera de comunicación que le impide comunicarse, preguntar si realiza alguna actividad que estimule o favorezca el habla del paciente. • Realizar una valoración física de los 5 sentidos, a través de la inspección y la palpación: <ul style="list-style-type: none"> a) Vista-ojos b) Audición-oído c) Olfato-nariz d) Gusto-lengua 	<p>Existen múltiples barreras y alteraciones que desencadenan un fallo en la comunicación verbal, impidiendo que se satisfagan las necesidades de las personas de forma satisfactoria y originando una serie de consecuencias negativas. Los profesionales de enfermería deben tener el conocimiento y la capacidad de valorar y diagnosticar problemas que se presentan en la comunicación de los pacientes y así poder</p>

<p>e) Tacto-piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar pruebas de tamizaje para determinar el desarrollo del niño, como la escala de Denver. <p>2.Realizar una observación detallada del medio de comunicación del paciente. (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si el personal de enfermería le habla cada vez que está cerca de él. • Observar la comunicación que tiene el cuidador y sus familiares con él. • Revisar si hay estímulos para el paciente, como música, juguetes. • Revisar si existe la disponibilidad en el servicio y del cuidador primario para estar con el niño la mayor parte del tiempo posible. • Observar el tipo de comunicación que se tiene con el paciente, si es verbal, con gestos, si se le habla con las palabras correctas. <p>3.Realizar estimulación audio visual continuamente (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar juguetes musicales e interactuar con el paciente haciendo uso de estos elementos. 	<p>aplicar los cuidados necesarios en relación con las necesidades que presente el individuo.⁶⁴</p> <p>Los niños son protagonistas activos, aunque puede que no entiendan el significado de lo que ven u oyen, son capaces de absorber las imágenes que los rodean, y las emociones de las personas en las que confían y de las que reciben amor y seguridad. Las experiencias tempranas determinan el desarrollo de su cerebro, cuanto más trabajo realiza el cerebro, es más capaz de hacerlo.⁶⁵</p> <p>Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo posterior de la persona puesto que la dependencia del niño de los que le rodean y la</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Hablar al niño en todo momento y sobre todo de forma específica, mientras se le alimenta, en las horas de juego, durante el baño. • Hablar al niño utilizando cambios de voz y de tono, repitiendo sonidos familiares para el niño (Rin, riin,piii,piiii, etc.) • Seguimiento y localización de la fuente de sonido, incitándole a que dirija la mirada hacia el sonajero, campanillas u otros objetos que hacemos sonar cerca de él. <p>4. Realizar estimulación vocal y estimulación del lenguaje una vez por turno. (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responder a los intentos comunicativos del niño, hablándole y gratificándolo mediante sonrisas y gestos en cuanto emita algún sonido o balbuceo. • Favorecer la comprensión de palabras familiares como mamá y papá. • Jugar a realizar movimientos con la boca, la lengua, a soplar, fruncir los labios y responder a órdenes sencillas cuando se lo indicamos, “toma”, “dame”, “mira”, “ven” y ordenes con objetos “dame el juguete”, “dásela a mamá”, “límpiate la boca”. 	<p>plasticidad cerebral, propia de esta etapa, requiere de un ambiente socio-estimular y afectivo que le permita tanto satisfacer sus necesidades como desarrollar al máximo sus capacidades.</p> <p>El desarrollo en estas edades es tan progresivo como trascendental para su evolución futura, por lo que es imprescindible conocer las diferentes etapas por la que los niños van pasando con el fin de adecuar la actuación a las peculiaridades evolutivas de cada niño, considerando que cada uno presenta un ritmo diferente de progreso en función de sus posibilidades y situación personal y social.⁶⁶</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • No olvidar que a hablar se aprende hablando, debemos hablar siempre con el paciente. <p>5.Favorecer el desarrollo personal y social continuamente(independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular los intercambios afectivos por medio de sensaciones placenteras, favorecer la sonrisa social poniéndose frente al niño, hablándole y haciéndole gestos que llamen su atención. • Realizar juegos de esconderse, tapándonos con un pañuelo o tapando su cara, de forma que el niño vea donde nos hemos escondido y mediante llamadas de atención pedirle que nos busque y/o nos descubra, manifestando distintas expresiones de sorpresa y alegría. • Responder cuando le llamamos por su nombre, cuando le llamamos desde lejos que dirija la mirada o se gire hacia nosotros. • Nombrarles a distintas personas de su entorno para que las reconozca. • Realizar juegos de imitación de gestos tanto con la cara como el cuerpo, posteriormente pasaremos a canciones acompañadas de gestos. 	<p>La competencia social influye en la vida de los niños e influenciada por el desarrollo y su aprendizaje. La competencia social es la capacidad de integrar ideas, sentimientos y conductas para alcanzar las metas interpersonales y los resultados que se aprecian dentro de un contexto y cultura.⁶⁷</p>
---	--

<p>6.Realizar enseñanza al cuidador primario (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la disponibilidad y los conocimientos que tiene el cuidador primario en la atención de la necesidad de comunicación. • Informar al cuidador la importancia que tiene su participación en el cuidado de su hijo. • Dar las facilidades necesarias para que el cuidador primario este el mayor tiempo posible con su hijo. • Estimular al cuidador primario para que participe activamente en las actividades que estimulen el lenguaje en su hijo. 	<p>Los conocimientos acerca de las necesidades de los padres durante el acompañamiento del niño enfermo permiten destacar el interés y la participación de los padres en los cuidados de la salud en pediatría, de modo a contribuir para obtener una atención de salud calificada y humanizada.⁵⁵</p>
--	---

EVALUACIÓN

Se cuenta con todo el material y equipo necesario para llevar acabo el siguiente plan de intervenciones.

Se llevan a cabo las intervenciones planeadas para esta necesidad, se cuenta con la colaboración del personal de enfermería adscrito al servicio.

El paciente se encontró en un nivel de dependencia 4, el proceso de aprendizaje es a largo plazo, se logra retirar la barrera de comunicación, continua en dependencia en un nivel 3.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Realización **Nivel y grado de dependencia:** 4 por varios meses
Fuente de la dificultad: Voluntad **Tipo de prioridad:** Alta **Fecha de identificación:** 26 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Desempeño inefectivo del rol del cuidador R/C la hospitalización prolongada de su hijo M/P Apgar familiar con disfunción leve. Objetivo: El cuidador identificara la importancia que tiene como parte de la familia para recuperar su rol por medio de en una semana.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valorar la necesidad de realización en el cuidador primario (independiente) ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogar al cuidador primario para identificar preocupaciones, las causas que lo están causando. • Interrogar el significado que tiene la familia y si se siente parte de ella. • Investigar cuanto le ha afectado que su hijo tenga una estancia hospitalaria prolongada. • Aplicar un Apgar familiar para conocer nivel de funcionalidad de la familia. 	<p>La necesidad de autorrealización valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar. Valora patrones de conducta, capacidades, actividades, respuestas positivas y negativas, esfuerzos cognitivos y conductuales. Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad.²³</p>
<p>2. Facilitar la meditación del cuidador primario (independiente) ACCIONES DE ENFERMERÍA</p>	<p>Un ambiente de cuidado contiene múltiples dimensiones del cuidado, estos no son siempre</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Tener un ambiente tranquilo en el área de hospitalización. • Permitir al cuidador que exprese sus sentimientos ante la enfermedad de su hijo. • Pedir al familiar reflexione sobre los momentos más importantes que ha tenido con su hijo. • Al terminar pedir al cuidador muestre sus sentimientos y si la meditación le ayudo o necesita ayuda. 	<p>considerados en el modelo biomédico de atención a la salud, cuyo enfoque está centrado en la enfermedad, en la fragmentación del saber, hacer y ser profesional, en el cual, algunas veces, ni mismo el ser que es cuidado es visto como un todo integrado, un ser de múltiples relaciones sociales, potencializadas por el medio ambiente natural y social.⁶⁸</p>
<p>3.Estimular la integración familiar (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar a los miembros de la familia, permitiendo expresen sus sentimientos ante la hospitalización prolongada y la enfermedad de su paciente. • Determinar las relaciones familiares que tienen entre ellos. • Identificar que prioridades tiene cada miembro de la familia y si estas afectan al resto de la familia. 	<p>A partir del momento de la hospitalización, la inmersión en la vida y la estructura hospitalaria genera un cambio profundo en la representación de los roles habituales del cuidador. Consideramos como cuidador/a familiar hospitalario, aquella persona que, unida por vínculos de parentesco</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Respetar la intimidad de cada uno de los miembros de la familia. • Facilitar las visitas familiares con el paciente, respetando los horarios y las reglas del hospital. • Ofrecer al cuidador si lo necesita, el apoyo de especialistas para mejorar la necesidad. 	<p>directo, asume la responsabilidad acompañamiento y de atender a las necesidades de su familiar hospitalizado. Esto se traduce en una presencia física casi permanente en el entorno hospitalario junto al paciente.⁶⁹</p>
<p>4.Ofrecer al cuidador terapia con especialistas que le ayuden a afrontar su rol en la familia (interdependiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponer de centros de ayuda para ser ofrecidos al cuidador primario. • Observar la disponibilidad del cuidador para recibir atención profesional y si cuenta con los recursos para afrontarlos. • Ofrecer al cuidador las opciones de apoyo que le ayuden a afrontar su rol. 	<p>Muchos de estos servicios de apoyo a las familias trabajan para promover relaciones familiares positivas, competencias de los padres y comportamientos que contribuyan a la salud y desarrollo de los niños y la familia, los profesionales de enfermería cumplen una función importante para ayudar a las familias a entrar en contacto con distintos tipos de servicio de apoyo que necesita y que le sea más beneficiosa.⁷⁰</p>

<p>5. Establecer una relación empática con el cuidador primario y su familia, generando un ambiente de confianza (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el primer contacto saludar de forma cordial al cuidador o al familiar que este con el paciente. • El profesional de enfermería se presentará informando su nombre completo, su cargo, sus funciones y el horario que va a permanecer con el paciente. • Antes de realizar intervenciones directas con el paciente, informar al cuidador o la persona que este con el paciente que se le va a realizar y que se espera. • Aclarar las dudas que le surjan al familiar y si estas situaciones están fuera de nuestro alcance, referirlo al profesional indicado y dar seguimiento si se aclaró la duda. <p>6. Ofrecer apoyo al cuidador primario cuando tenga que tomar decisiones (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como profesionales de enfermería debemos identificar si la decisión es parte de nuestra competencia. 	<p>Entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes es crucial para iniciar una relación terapéutica. El fundamento de esta actitud es la empatía, ya que es el atributo que le da al profesional de enfermería la habilidad para comprender verdaderamente a la otra persona. El término empatía significa apreciación de los sentimientos de otra persona y como enfermeros de la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento. Los altos niveles de empatía se articulan con un menor estrés de la otra persona o</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Conocer si el cuidador tiene diferencias con el tratamiento que está recibiendo su hijo. • Proporcionar al cuidador toda la información disponible y de una forma entendible de las ventajas y desventajas para tomar decisiones, con respecto al tratamiento. • Ayudar al cuidador y pedir al cuidador que exprese sus dudas y temores a los profesionales encargados de desarrollar los procedimientos, para que sus dudas sean aclaradas en el momento oportuno. 	<p>con mejores niveles de satisfacción con el cuidado.⁷¹</p>
---	---

EVALUACIÓN

Se cuenta con el material y equipo necesario para llevar a cabo el plan de intervenciones.

Se implementa el plan de intervenciones con la participación del personal de enfermería adscrito al servicio.

Se implementa el plan de intervenciones el cuidador se encontraba en un nivel de dependencia 4, disminuyendo a un nivel 3 con la implementación de las intervenciones.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Aprendizaje **Nivel y grado de dependencia:** 4 por varios meses
Fuente de la dificultad: Conocimiento **Tipo de prioridad:** Alta. **Fecha de identificación:** 26 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Alteración del aprendizaje del cuidador primario R/C conocimientos deficientes sobre el cuidado de su hijo M/P verbalización de la mamá de temor y desconocer los procedimientos.</p> <p>Objetivo: El cuidador conocerá y ejercitará los procedimientos básicos, con la implementación de un programa de capacitación continua que lo oriente mientras el paciente está hospitalizado.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1.Evaluar diariamente los conocimientos del cuidador primario sobre el cuidado de su hijo (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogar al cuidador sobre las necesidades de conocimiento requiere para la atención de su hijo. • Observar la disponibilidad que el cuidador tiene para conocer los procedimientos. • Interrogar al cuidador sobre las posibilidades que tiene sobre la realización de los procedimientos en su casa. 	<p>La adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de la propia salud. 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 su salud.²³</p>
<p>2.Valorar los procedimientos que puede realizar el cuidador para la atención en su domicilio (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p>	<p>Puede ayudar al cuidador a tomar decisiones con fundamento. Aunque los tratamientos médicos</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento que tiene el cuidador, sobre los procedimientos que se realizan para la atención de su hijo. • Permitir al cuidador observar los procedimientos que se realizan durante la atención de su hijo. • Observar si el cuidador presenta algún temor mientras se le realizan los procedimientos. • Informar al cuidador primario, la importancia que tiene la realización correcta de los procedimientos en casa. • El profesional de enfermería debe ser capaz de dirigirse al cuidador en una forma entendible y brindarle información adecuada y comprensible. 	<p>están bastante estandarizados, cada facultativo tiene su propia filosofía y práctica profesional. Los procedimientos que el cuidador pueda realizar en casa tienen vital importancia para favorecer la salud de su hijo.³⁶</p>
<p>3.Preparar al cuidador en la administración de la dieta prescrita(independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cuidador debe de identificar correctamente la fórmula que va a administrar, el sitio correcto, el tiempo en que se va a alimentar, la cantidad indicada y la forma de preparación. • Se debe adaptar un horario de acuerdo con las necesidades del cuidador, de preferencia debe de registrar las horas en las que alimenta a su hijo. 	<p>La nutrición es un componente básico de salud y es indispensable para el crecimiento y desarrollo normal, para mantener y reparar los tejidos, el metabolismo y la función de los órganos. La seguridad alimentaria es de suma importancia para todos los miembros de un hogar, todos ellos</p>

<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador debe de conocer e identificar las complicaciones y los cuidados que debe tener, como fugas en la sonda, permeabilizar la sonda. • El familiar debe estar informado de acudir al servicio de urgencias si presenta complicación en la sonda de administración, por ejemplo, obstrucción, salida de la sonda. 	<p>deben tener acceso a comida nutritiva, segura y suficiente para mantener un estilo de vida saludable.¹⁸</p>
<p>4.Capacitar diariamente al cuidador primario en la administración de medicamentos (independiente)</p>	
<p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador debe de identificar el nombre comercial y el nombre genérico que le han indicado a su hijo para su tratamiento en casa, además de las presentaciones que tiene el medicamento. • Debe de conocer cuál es la función y acción que va a tener cada uno de los medicamentos que va a administrar en casa. • Enseñarle cual es la dosis y la forma de prepararlo e instruirla para la administración del medicamento. • El cuidador tendrá conocimiento de las consecuencias que conlleva el no administrar el medicamento. 	<p>Cuando un enfermo es dado de alta, se envía a casa creyendo que la familia está preparada para asumir los cuidados que precise, como profesionales creemos que son capaces con las pequeñas nociones que les damos, esto además del impacto emocional de los familiares después de una estancia prolongada en el hospital de su paciente. Para la administración de fármacos necesitamos de la colaboración de las familias, por lo tanto,</p>

<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador identificara correctamente los efectos adversos que tienen los medicamentos que administra y tendrá la capacidad de acudir al servicio de urgencias para recibir atención médica. • El cuidador practicará con su paciente durante su estancia hospitalaria, hasta que sea capaz de realizar la administración sin supervisión. <p>5.Capacitacion continua del cuidador y su familia en la realización de procedimientos específicos (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un análisis para conocer los procedimientos que el cuidador va a tener que realizar en casa. • Informar al cuidador los momentos del día en que se realizan los procedimientos en servicio para que acceda al servicio y reciba la capacitación. • El personal de enfermería debe de estimular y reforzar la confianza para que el cuidador se sienta capaz de realizarlos. • El familiar debe de conocer cuál es el propósito del procedimiento y explicarle paso a paso las actividades que se realizan. 	<p>nuestra labor es formar a las familias en la medida que esto sea posible para que estas sean autónomas en esta tarea, obteniendo como objetivo una administración correcta de fármacos, evitando errores de administración.⁷²</p> <p>Los fundamentos del enfoque de cuidado centrado en la familia enfatizan el rol integral que sus miembros desempeñan en la vida y en el bienestar del niño, transformando como meta principal la creación de un ambiente de colaboración entre enfermeras y familias, en el cual ambos lados puedan establecer confianza mutua, comunicación efectiva y cooperación. Estas relaciones dentro del cuidado de la salud son reconocidas como de gran</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Permitirle al cuidador realizar el procedimiento cuando se siente capaz de realizarlo. • Ofrecerle ayuda para aclarar sus dudas y reforzar los pasos en los que el familiar presente debilidades. • Permitir el tiempo y las facilidades para estar con su hijo y tener la mayor cantidad de tiempo disponible para poder practicar y obtener más habilidades. <p>6.Instruir al cuidador primario de forma permanente y continua(independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionar el área para que el cuidador pueda realizar los procedimientos. • Implementar el plan de capacitación en los turnos matutino, vespertino y nocturno. • Iniciar la capacitación demostrando al cuidador la forma de llevar a cabo estos. • Pedir al cuidador repita el procedimiento paso a paso. • Brindarle seguridad al cuidador para que realice los procedimientos hasta que sea capaz de dominarlos. • Permitir al familiar exprese sus dudas sin temor. 	<p>importancia para hacer frente a la enfermedad de su paciente.⁷³</p> <p>Teniendo en cuenta que la complejidad de la intervención educativa debe ser individualizada y ajustada a las necesidades del paciente y su familia, se hace necesario conocer e implementar estrategias de aprendizaje adecuadas al nivel de captación y aprendizaje de los cuidadores. Por lo tanto, es obligación del profesional de enfermería brindar capacitación continua al familiar durante los tres turnos.⁷⁴</p>
---	--

<p>7. Evaluar los procedimientos realizados por el cuidador primario. (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar la seguridad que tiene el cuidador para realizar los procedimientos. • Evaluar si el cuidador realiza los procedimientos paso por paso. • Evaluar si el familiar realiza preguntas y si tiene dudas durante la realización de los procedimientos. • Verificar que el cuidador tenga la capacidad de tener los materiales necesarios para realizarlos en casa. • Evaluar que el cuidador sea capaz de capacitar a más integrantes de la familia para que la responsabilidad sea compartida y no genere cansancio en una sola persona. 	<p>Las actividades evaluativas son escasas en los relatos y se fundamentan en el saber y el hacer. Se centran en verificar que el paciente, la familia o los cuidadores principales se hayan apropiado de los conocimientos y prácticas de cuidado requeridas en cada caso. Una forma de evaluar a los cuidadores es solicitarles que expliquen con sus propias palabras lo que entendieron.⁷⁵</p>
--	---

EVALUACIÓN

Para la elaboración del plan de intervenciones se contó el material y equipo necesarios para su elaboración.

Se implementó el plan de intervenciones contando con el apoyo y supervisión del personal de enfermería del servicio.

El cuidador se encontró en un nivel de dependencia 4, con la implementación del plan se logró dar la capacitación quedando en un nivel de independencia, el paciente se fue de alta y el cuidador necesitó reforzar nuevamente los cuidados aplicados en casa.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Termorregulación **Nivel y grado de dependencia:** 2 por varios meses **Fuente de la dificultad:** **Tipo de prioridad:** Media **Fecha de identificación:** 26 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio en la temperatura corporal R/C el entorno frío durante las mañanas.</p> <p>Objetivo: El paciente mantendrá una temperatura entre 36. 5° y 37° con intervenciones que ayuden a prevenir complicaciones durante su internamiento.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valorar diariamente la necesidad de termorregulación. (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una observación general en el ambiente, coloración de la piel del paciente, presencia de pilo erección, escalofríos, diaforesis. • Realizar exploración física de la piel, palpando la uniformidad de la temperatura en la piel, medición de la temperatura corporal. 	<p>Durante el proceso de cuidado es importante establecer estrategias dirigidas a reducir la pérdida de calor asociadas a cada intervención y a cada mecanismo de pérdida. Identificar los factores de riesgo relacionados con la termorregulación permitirá realizar las intervenciones para prevenir la hipotermia de forma precoz y oportuna.⁷⁶</p>
<p>2. Tomar y registrar la temperatura cada 2 horas (independiente).</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar lavado de manos y limpiar el termómetro con alcohol al 70% • Explicar el procedimiento de enfermería • Asegurar la privacidad del paciente • Colocar al paciente en una posición cómoda, en sedestación o supina. • Descubrir la zona axilar del paciente retirando o ajustando las prendas de vestir. • Secar la piel de la axila frotando con una gasa. • Colocar el termómetro en la axila en la parte donde las superficies cutáneas la rodean y ayudar al paciente a mantener el brazo cruzado. • Retirar el termómetro cuando haya transcurrido 1 minuto, para el registro preciso y leer la temperatura medida por el termómetro. 	<p>Esta actividad es útil para prevenir infecciones cruzadas.</p> <p>Sirve para obtener el consentimiento y la cooperación del paciente y fomentar su participación en los cuidados.</p> <p>Para respetar su intimidad y mantener su autoestima.</p> <p>Mantener la posición durante algunos minutos.</p> <p>Esto ayuda a descubrir la axila.</p> <p>Una capa de humedad entre la piel y el termómetro puede ocasionar una lectura inexacta.</p> <p>Sirve para obtener una cifra exacta y mantener el termómetro en una posición correcta.</p> <p>Para determinar y documentar una temperatura exacta.</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar que el paciente se sienta lo más cómodo posible. • Limpiar o desechar el equipo de manera segura. • Documentar la cifra de temperatura en los registros del paciente, comparar la cifra con los registros previos y notificar de inmediato cualquier dato que se considere anormal. 	<p>Para tranquilizar al paciente y mitigar su ansiedad.</p> <p>Para evitar infecciones cruzadas.</p> <p>Esto garantizará un procedimiento seguro y permitirá instaurar de inmediato las intervenciones médicas y de enfermería apropiadas.⁷⁷</p>
<p>3. Valorar la presencia de signos que indiquen hipotermia cada 2 horas (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la presencia de escalofríos • Observar la presencia de pilo erección. • Observar cambios de coloración, como palidez o rubicundez. 	<p>En situación de hipotermia leve, los mecanismos de termorregulación funcionan al máximo en un intento de combatir la pérdida de calor como, temblor, vasoconstricción cutánea, disminución de la perfusión periférica, aumento de la diuresis, aumento de la respiración.⁷⁸</p>
<p>4. Aplicar medidas que ayuden a conservar la temperatura corporal (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p>	<p>El recalentamiento pasivo externo consiste en la retirada de ropas</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Después del baño cubrir adecuadamente al paciente. • Utilizar prendas que mantengan el calor en el paciente, como gorro y calcetines. • Utilizar manta térmica para conservar la temperatura del paciente. • Evitar la presencia de corrientes de aire cerrando las puertas de acceso al servicio. 	<p>húmedas, cubrir al paciente con mantas o sabanas.</p> <p>El recalentamiento activo externo consiste en la aplicación directa de una fuente de calor sobre la superficie externa corporal, este consiste en aire caliente, baños calientes, cobijas calientes, siempre evitar el riesgo de quemaduras.⁷⁹</p>
---	---

EVALUACIÓN


Se realizó el plan de intervenciones contando con el equipo y material necesario para la implementación del plan.

Se realizan todas las intervenciones con la coordinación del personal de enfermería del servicio.

El paciente estaba en un nivel de riesgo, con la implementación del plan de intervenciones, el paciente se mantiene en una temperatura de 36.6° y 37° por lo que se logra dejar al paciente en independencia para esta necesidad.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Vestido y Desvestido **Nivel y grado de dependencia:** Fuente de la dificultad: **Tipo de prioridad:** Media. **Fecha de identificación:** 26 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Disposición del cuidador para continuar con la actividad de vestido y desvestido m/p verbalización del cuidador de tener la ropa adecuada y suficiente durante la hospitalización de su hijo.</p> <p>Objetivo: El cuidador reforzara actividades que promuevan su independencia durante la hospitalización en el vestido y desvestido.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1.Valoración por turno la necesidad de vestido y desvestido (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistar al cuidador primario sobre la ropa que utiliza el lactante, si tiene alguna predilección por algún material. • Verificar con el personal de enfermería si hay disponibilidad de la ropa adecuada para la edad. • Realizar observación de la ropa que porta el paciente, el tipo de material, la limpieza, si es adecuada para la edad y el clima. <p>2.Proporcionar y tener disponible la ropa hospitalaria que va a utilizar al paciente. (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p>	<p>La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas suficientes para ponerse y quitarse la ropa, para protegerse en función del clima, las normas sociales y los gustos personales.²³</p> <div style="text-align: right;">  </div>

- Verificar la disponibilidad del hospital de tener la suficiente ropa para cubrir la necesidad del paciente.
- Observar que la ropa disponible se encuentre limpia.
- Disponer de la ropa necesaria durante el turno, por si se necesita realizar un cambio está la tenga a la mano.



3.Cambiar la ropa de la cama diariamente (independiente)

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Verificar la disponibilidad de sabanas en el servicio.
- Realizar el cambio después de realizar el baño.
- Realizar el tendido de la cama evitando la presencia de arrugas.
- Colocar la ropa en el contenedor de ropa utilizada para que reciba tratamiento de limpieza.

4. Ayudar al paciente a realizar el cambio de la ropa. (independiente)

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Observar si el paciente es capaz de vestirse o si necesita ayuda.

La importancia de la separación y procesamiento de la ropa es un asunto vital y no solo para los pacientes, sino también para el personal de salud que la manipula, debido a que un mal tratamiento de la ropa puede propagar infecciones.⁸⁰

Para el cuidado de la salud, el individuo escoge las ropas apropiadas según las circunstancias y la necesidad, la ropa

<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la parte más afectada el paciente para iniciar el vestido en esta área. • Vestir al paciente después de realizar el baño. • Fomentar la participación del cuidador primario y de lo importante que tiene esta actividad de integración. <p>5.Mantener y favorecer la limpieza de la ropa. (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el cambio de ropa diariamente. • Verificar con el cuidador primario qué importancia tiene la ropa limpia. • Enviar la ropa institucional a la lavandería después de retirarla para su lavado inmediato y tenerla disponible para ser utilizada. • Entregar la ropa no hospitalaria al cuidador primario para que realice la limpieza adecuada. 	<p>asegura la integridad, preservando su intimidad sexual. Forma parte importante de la estética del individuo y contribuye a la expresión corporal y participa significativamente en la comunicación.⁶¹</p> <p>Uno de los objetivos del procesamiento de la ropa hospitalaria es que esta sea convertida en ropa limpia y que no sea un vehículo de riesgo para la propagación de infecciones. Para eliminar el riesgo de infección es necesario una serie de procedimientos que van desde la recogida, segregación, lavado, almacenamiento y manipulación antes de estar en contacto nuevamente con el paciente.⁷⁹</p>
---	--

EVALUACIÓN

Existe el material y el equipo necesario para realizar las intervenciones planeadas para llevarlas a cabo en el servicio.

Se realizaron las intervenciones diseñadas con el apoyo del personal de enfermería adscrita al servicio.

El paciente se encontró en independencia, por lo que, con la implementación de las intervenciones, se promueve la continuidad de los cuidados para mantener la necesidad.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Higiene **Nivel y grado de dependencia:** Fuente de la dificultad:
Tipo de prioridad: Media **Fecha de identificación:** 26 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Independencia en la necesidad de higiene corporal m/p mantenerse limpio durante la estancia hospitalaria de la persona.</p> <p>Objetivo: Los cuidadores continuaran realizando actividades para mantener una higiene adecuada durante su estancia en el hospital.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración diaria de la higiene del paciente (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogar al cuidador primario sobre las costumbres que tienen para realizar el baño del paciente. • Preguntar al personal de enfermería los hábitos que tienen para el baño, durante y después del baño. • Realizar exploración física, mediante la observación de la piel, el cabello, nariz, la boca, las orejas, los genitales y las uñas, para observar si están limpias o sucias. <p>2. Baño con toallas de clorhexidina diariamente (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos 	<p>Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo y microorganismos.</p> <p>Realizar una valoración adecuada, nos permite mantener al paciente con una vigilancia de la necesidad.⁶⁸</p> <p>Organismos multirresistentes llegan a ser endémicos en muchas unidades de cuidados</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Informar al cuidador primario sobre el procedimiento • Preparar 1 paquete de toallas de clorhexidina, guantes, carro Pasteur. • Calentar en el horno de microondas el paquete de toallas de clorhexidina durante 10 a 12 segundos. • Proteger la individualidad del paciente, colocando un biombo o cerrando las cortinas. • Utilizar una toalla para tallar el miembro torácico distal y terminando en la zona axilar. • Utilizar una segunda toalla para limpiar el miembro torácico proximal. • Use la tercera toalla para limpiar la región torácica • La cuarta toalla para la limpieza de la zona abdominal. • Quinta toalla para la zona posterior de la región torácica. • La sexta toalla para limpiar la zona lumbar. • Una séptima toalla para la limpieza de la zona anterior de miembro pélvico distal. • Continúe con la octava toalla en la zona posterior del miembro pélvico distal. • La novena toalla utilícela para la parte anterior del miembro pélvico proximal. 	<p>críticos y en las de larga estancia, estos causan infecciones que son difíciles de tratar, con una alta morbi-mortalidad y un alto costo debido a la disminución del arsenal de agentes antimicrobianos. Antecedentes de estudios observacionales, unicéntricos sugieren que el uso de clorhexidina previene la bacteriemia nosocomial y la adquisición de organismos multirresistentes. El gluconato de clorhexidina es un agente antiséptico que tiene una actividad de amplio espectro contra muchos organismos y a diferencia de otros antisépticos, la clorhexidina tiene actividad antibacteriana residual, lo que puede disminuir la carga microbiana en la piel y</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • La última toalla para la parte posterior del miembro pélvico proximal. • Deje cómodo al paciente. • Observe la presencia de algún tipo de reacción a los componentes. • Haga las anotaciones correspondientes. <p>3.Aseo oral con solución fisiológica 0.9% cada 8 horas (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un cepillo de cerdas suaves para la limpieza de las piezas dentales. • Con una torunda impregnada con solución fisiológica, limpiar encías y carrillos con técnica rotatoria y dando masaje. • Limpiar la zona lingual de adentro hacia afuera. <p>4.Limpieza de oídos, uñas. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar limpieza de ambos pabellones auriculares con un hisopo. • Limpiar ambas narinas con algodón y con movimientos rotatorios. • Revisar las uñas de las manos y los pies y realizar cortes cada 7 días. 	<p>evitar la contaminación ambiental secundaria.⁸¹</p> <p>El mantenimiento de la limpieza de los dientes y la boca, la prevención de la acumulación de placa en los dientes, o de secreciones en la boca ayuda a reducir el riesgo de neumonía asociada a respirador, en conjunto con el uso de cepillo y enjuague bucal.⁸²</p> <p>Los pacientes hospitalizados requieren la provisión de cuidados básicos para satisfacer sus necesidades. El cuidado de enfermería implica la realización de intervenciones orientadas a suplir las actividades de la vida diaria como la higiene.⁸³</p>
---	---

<p>5.Lubricar la piel (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar a qué hora se realizó el baño con clorhexidina, esperar por lo menos 6 horas para lubricar al paciente. • Iniciar lubricando la cara. • Continuar lubricando el resto del cuerpo de forma cefalocaudal y dando un masaje mientras se lubrica la piel. • Colocar la vestimenta adecuada al paciente. 	<p>La crema crea una barrera protectora y ayuda a mantener la humedad de la piel.</p> <p>Utilizar cremas para limpiar la piel seca o si el paciente es alérgico al jabón y los detergentes.</p> <p>La piel se infecta si hay lesiones en la capa epidérmica.⁸⁴</p>
<p>6.Cambio de ropa de cuna, después del baño (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que esté disponible las sabanas para realizar el cambio de la ropa de cama. • Realizar el tendido de cama, previa limpieza de la cuna y el colchón. • Evitar que el tendido presente arrugas. • Dejar cómodo al paciente. 	<p>La importancia del procesamiento de la ropa es un asunto vital y no solo para los pacientes, sino también para el personal de salud que la manipula, debido a que un mal tratamiento de la ropa puede propagar infecciones.⁸⁰</p>

EVALUACIÓN

Para la implementación del siguiente plan de intervenciones, se cuenta con el material y equipo suficiente.

El personal de enfermería colabora para la implementación del plan de intervenciones en todo momento.

El paciente se encuentra en independencia, con las intervenciones implementadas se colabora para continuar manteniendo la necesidad en independencia.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Creencias y Valores **Nivel y grado de dependencia:** Fuente de la dificultad: **Tipo de prioridad:** Media. **Fecha de identificación:** 26 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Disposición del cuidador primario para mantener sus creencias religiosas m/p expresión del cuidador primario de seguir profesando su religión sin rencor a un ser supremo.</p> <p>Objetivo: El paciente y su familia continuarán manteniendo sus creencias y valores, con intervenciones de enfermería que favorezcan su libre expresión y respeto de sus creencias religiosas, mientras están en el hospital.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración de la necesidad de creencias y valores cada semana (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogar al cuidador sobre sus creencias religiosas, si la enfermedad de su hijo le ha afectado religiosamente, si realiza alguna actividad religiosa durante la hospitalización de su hijo, si conoce alguna área en el hospital donde pueda practicar sus creencias. • Realizar observación de gestos, del entorno donde se encuentra y si utiliza imágenes religiosas en el espacio donde está su hijo, observar su conducta y postura al hablar de sus creencias y valores. 	<p>La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos unos valores y creencias para poder desarrollarnos como tal, posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo. Valorar adecuadamente esta necesidad ayudan a que la persona mantenga una interrelación con su entorno, un equilibrio y un estado óptimo de salud.²³</p>
<p>2. Permitir la práctica religiosa (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p>	<p>La asistencia religiosa, no tiene una base cristiano-céntrica, sino que es una configuración multi-religiosa y multidisciplinar</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las inquietudes de los cuidadores primarios sobre las expresiones religiosas. • Tratar a la persona y a los cuidadores primarios con dignidad y respeto. • Fomentar la participación en rituales y en expresiones religiosas que no afecten en la atención de salud de su hijo. • Permitir la visita de representante religioso que los cuidadores consideren adecuados. 	<p>de la prestación de cuidados. Los servicios de asistencia religiosa no persiguen el ideal de presencia, sino que son configuraciones autónomas en los hospitales que no tienen objetivos sacramentales en su núcleo.⁸⁵</p>
<p>3. Permitir la meditación en el servicio (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el cuidador primario lo desee, preparar un ambiente tranquilo. • Acompañar al cuidador y a su hijo en caso de necesitar ayuda o le surge duda en la manipulación de su paciente. • Cuidar del área y el entorno para que el resto del personal del área hospitalaria respete el momento de meditación del cuidador primario con su hijo. 	<p>Un ambiente de cuidado contiene múltiples dimensiones del cuidado, estos no son siempre considerados en el modelo biomédico de atención a la salud, cuyo enfoque está centrado en la enfermedad, en la fragmentación del saber, hacer y ser profesional, en el cual, algunas veces, ni mismo el ser que es cuidado es visto como un todo integrado, un ser de múltiples relaciones</p>

<p>4. Permitir que el cuidador primario exprese sus creencias y valores (independiente).</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al cuidador que puede colocar imágenes religiosas en la unidad del paciente. • Permitirle al cuidador primario que cuando este en contacto con su hijo, puede rezar o dirigirse a él con frases religiosas. • El cuidador primario siempre estará informado que puede realizar algún rito religioso con previo aviso y autorización y que no afecte el estado de salud de su hijo o de los demás pacientes. <p>5. Ayudar y brindar apoyo espiritual al cuidador primario (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cuidador y su familia deben ser tratados con dignidad y respeto. • Escuchar al cuidador y su familia sobre las expresiones de su religión sin emitir juicio alguno. • Permitir que la familia rece de acuerdo con su religión y de acuerdo con las 	<p>sociales, potencializadas por el medio ambiente natural y social.⁸⁶</p> <p>Esta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a que esta necesidad tiene más importancia en momentos de enfermedad y que puede ser de apoyo para afrontar y adaptarse a la situación y al futuro.⁸⁴</p> <p>El sufrimiento en el ámbito sanitario va en torno a aquellos enfocados a los cuidados paliativos, cuidados intensivos u oncológicos, sin embargo, encontramos en el resto del hospital gente que sufre y que no son</p>
--	---

<p>normas hospitalarias sin afectar a los demás usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otorgar facilidades de escuchar música de su religión o realizar cantos religiosos, sin afectar a los pacientes y sus familias. 	<p>atendidos por el personal de salud siendo las intervenciones planificadas hacia su curación olvidando el estado psico-social-espiritual de la persona, incurriendo en la deshumanización y en la despersonalización.⁸⁷</p>
---	--

EVALUACIÓN

En el servicio se cuenta con el material y equipo necesario para desarrollar el siguiente plan de intervenciones.

Se cuenta con la disponibilidad y el apoyo del personal de enfermería para la implementación de las acciones de enfermería del siguiente plan de intervenciones.

El cuidador se mantiene en independencia, con las intervenciones implementadas se refuerza la necesidad para que esta continúe en independencia.

PLAN DE INTERVENCIONES

Necesidad: Recreación **Nivel y grado de dependencia:** Fuente de la **dificultad:** Tipo de **prioridad:** Media. **Fecha de identificación:** 26 de noviembre de 2017

<p>Diagnóstico: Disposición de los cuidadores para mejorar las actividades recreativas m/p proporcionar juguetes y realizar actividades de entretenimiento de acuerdo con la edad de la persona.</p> <p>Objetivo: Los cuidadores continuarán promoviendo actividades recreativas durante su hospitalización.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración de la necesidad de recreación. (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistar al cuidador primario como entretiene a su hijo. • Preguntar que juego es su favorito, si tiene alguna predilección por algún juguete. • Preguntar si se distrae con la música, si le cantan o lo arrullan. • Realizar una observación del entorno, el tipo de juguetes que tiene, si esta alegre o aburrido si al estar en contacto con los cuidadores realizan alguna actividad para distraerlo. 	<p>El ser humano tiene la necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta necesidad.²³</p>
<p>2. Fortalecer el uso de juguetes en el área de hospitalización (independiente)</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p>	<p>La elección del juguete adecuado debe ser una decisión meditada,</p>

- Al momento de realizar la actividad de juego se debe tener un ambiente tranquilo y libre de interrupciones.
- Pedir al cuidador que tenga disponibles juguetes que sean lavables y seguros para un lactante.
- Permitir que el paciente observe y manipule los juguetes.
- Observar las reacciones que tiene el paciente con los juguetes, si son de su agrado o los rechaza.
- Permitir que el paciente este en contacto continuo con los juguetes, siempre los tendrá a la mano para que juegue con ellos siempre que lo desee.



basada en el conocimiento de cada niño, su edad, su personalidad y sus circunstancias específicas. Se deben considerar las necesidades que el niño transmita, su nivel de evolución, madurez intelectual, fuerza física y habilidad manual, sin olvidar las características del medio ambiente. El juguete debe estar cercano al mundo inmediato del niño y a las características de su imaginación. Para su edad se recomienda juguetes que rueden, pelotas, juguetes sonoros, con contrastes de colores y texturas, muñecos de trapo.⁸⁸

3.Favorecer actividades de juego con el paciente (independiente)


ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Juego con títeres: en las manos del profesional creativo y sensible brindan una oportunidad idónea para plantear cuestiones y problemas difíciles.

- 1.Coloquese un títere en la mano y haga que hable con él paciente.
- 2.Emplee una voz distinta cuando haga hablar al títere.
- 3.Haga que el títere hable al paciente sobre sí mismo.
- 4.Deje que el paciente toque el títere mientras esta habla, ríanse y diviértanse y permita que el niño juegue con el títere.



Los niños se sienten seguros con un títere simpático al que pueden manosear, los niños temerosos pueden intentar superar su miedo con pequeñas representaciones de títeres o muñecos en las que se recreen escenas reconfortantes y educativas. Los niños a menudo adoptan el papel de sí mismos y el de su cuidador.

<ul style="list-style-type: none"> • Juego con pelotas de espuma: <ol style="list-style-type: none"> 1.Mandar una pelota rodando hacia el niño, deje que el niño observe como la pelota rueda sobre su cuna. 2.Deje que el niño toque y sujete la pelota ya que ellos aprenden del mundo por medio del tacto. 3.Estimularlo mediante una orden sencilla para que el niño sea capaz de regresar la pelota y viceversa. 4.Mostrar interés y premiarlo mediante aplausos y porras mientras realiza la actividad.  <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un libro de cartón con imágenes o un cuento infantil. <ol style="list-style-type: none"> 1.Hable con el niño tanto como pueda. 2.Escuche todos los sonidos que el niño emite y responda hablándole. 3.Hable acerca de las imágenes que ven en el libro; ayúdele a pasar las páginas y mientras miran las imágenes, hable sobre lo que ven: " ¿Qué crees que viene a continuación?" 	<p>Los niños disfrutan agarrando y sintiendo cosas de distintas texturas, permita que sientan la suavidad de la pelota, todo contribuye a que el niño quiera moverse y fortalezca sus músculos. Observar que los niños desarrollan su curiosidad y que además interactúan con sus cuidadores además de incrementar su habilidad motora.</p> <p>Los niños se relajan emocional, física y mentalmente. El que se sientan estimulados a interactuar con un adulto fomenta su curiosidad.</p>
--	---

¿puedes pasar la página y ver?”, cambie de imagen con frecuencia.



4.Utilizar accesorios musicales que permitan al lactante escuchar música que sea de su agrado (independiente).

- Solicitar al cuidador primario, si está dentro de sus posibilidades proporcionar un reproductor musical y la música que sea del agrado de su hijo.
- Programar un horario para escuchar la música, de preferencia durante el baño y antes de dormir o realizar una siesta.
- Programar el volumen del reproductor, con el fin de que no afecte las actividades del personal que atiende a los pacientes.
- Observar gestos de agrado o desagrado, mientras escucha la música que se programó.

La regularidad para realizar este tipo de actividades es importante, los niños necesitan mucha atención y sobre todo en momentos de tensión, tal es el caso de los niños hospitalizados.⁸⁹

La música disminuye el estrés medio ambiental, tiene efectos positivos en la inmunidad, logra estabilizar los signos vitales. La música preferida por los terapeutas es la clásica, se le está dando más importancia a Mozart.⁵⁴

<p>5. Incluir al cuidador primario en la participación de actividades recreativas para el paciente.</p> <p>ACCIONES DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al cuidador primario la importancia que tiene su integración en las actividades recreativas de su hijo. • Permitir el acceso al cuidador primario al área de hospitalización para la realización de actividades recreativas con su paciente. • Proporcionar información acorde a la situación de salud de su paciente y que no interfiera con las actividades recreativas. • Establecer una área tranquila y libre de interrupciones durante la realización de estas actividades. 	<p>Los conocimientos acerca de las necesidades de los padres durante el acompañamiento del niño enfermo permiten destacar el interés y la participación de los padres en los cuidados de la salud en pediatría, de modo a contribuir para obtener una atención de salud calificada y humanizada.⁵⁰</p>
--	---

EVALUACIÓN

Para la elaboración del siguiente plan de intervenciones se contó con todo el material y equipo necesario.

Se implementó el plan de intervenciones con la colaboración del personal de enfermería del servicio.

El paciente se encontró en independencia, con la implementación de las actividades de enfermería, se reforzó la necesidad para que continuara en independencia.

7.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

Se puso en marcha la etapa de ejecución para posteriormente evaluar las intervenciones propuestas.

En relación a la necesidad de Nutrición al inicio se encontraba en un nivel y grado de dependencia 6 por varios meses, con las intervenciones implementadas se observa que el paciente aún se encuentra en un nivel de dependencia 6, pero con aumento de peso de 250 gr y aumento de la talla de 1 cm.

Sobre la necesidad de Oxigenación el paciente se encontraba en un nivel y grado de dependencia 6, se implementaron las intervenciones con lo que el paciente baja a un nivel y grado de dependencia 3, se logra extubar al paciente, pero necesita medidas que le ayuden a eliminar las secreciones.

Pasando a la necesidad de Eliminación, el paciente estaba en un nivel y grado de dependencia 4 por varios meses, con la implementación de las intervenciones se pasó a un grado de riesgo 2, se retira la infusión de aminofilina que aumentaba el gasto urinario.

En cuanto a la necesidad de Movimiento y Postura, se detecto al paciente en un nivel y grado de dependencia 4 por varios días, con las intervenciones de enfermería implementadas al final el paciente queda en un nivel 3, se retira la sujeción terapéutica, pero continua con falta de fuerza.

En relación a la necesidad de Descanso y Sueño, el niño estaba en un nivel y grado de dependencia 4 por varios meses, con la implementación de las intervenciones de enfermería, se logra disminuir a un nivel 3 ya que el área donde se encuentra el paciente es dinámica, hay ingresos y egresos de forma continua y en los tres turnos.

Revisando la necesidad de Seguridad y Protección, el paciente se encontro en un nivel y grado de dependencia 4 por varios meses, con la implementación

de intervenciones de enfermería, el paciente mejora su condición y pasa a un nivel de riesgo grado 2, se encuentra sin catéter central, pero continua aún con sonda de gastrostomía y sonda de yeyunostomía.

Pasando a la necesidad de Comunicación el niño estaba en un nivel y grado de dependencia 4 por varios meses, se llevaron acabo las intervenciones de enfermería, el proceso de aprendizaje es a largo plazo, se logra retirar la barrera de comunicación el paciente al final se queda en un nivel 3 de dependencia.

La ultima necesidad en dependencia fue la de Realización, quien estaba en un nivel y grado de dependencia 4 por varios meses, con la implementacion de las intervenciones el cuidador dissminuyo su nivel y grado a un nivel 3.

VIII PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: M.F. Niño Edad: 9 meses Sexo: masculino

Fecha de Ingreso: 05 febrero 2017 Fecha de egreso: 08 diciembre 2017.

1.Orientación sobre actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar.

- Dar fisioterapia pulmonar 3 veces al día.
- Aspirar secreciones nasales y orales con una perilla
- Realizar baño diario.

2.Orientación dietética.

- Utilizar agua hervida o agua de garrafón en la preparación de alimentos.
- Limpiar frutas y verduras o desinfectarlas.
- Hervir los utensilios que utiliza para la preparación de fórmulas lácteas.
- Alimentar cada 3 horas con formula por sonda de yeyunostomía.
- Dar papillas 3 veces al día a tolerancia.

3.Medicamentos indicados.

- Poli vitaminas 1 ml vía oral cada 24 horas
- Vitaminas ACD 1 ml vía oral cada 24 horas
- Cisaprida 0.7 ml vía oral cada 8 horas
- Espironolactona 2.1 mg vía oral cada 8 horas
- Captopril 1.2 mg vía oral cada 12 horas
- Zinc 8.4 mg vía oral cada 24 horas
- Omeprazol 8.4 mg vía oral cada 24 horas

4.Registro de signos y síntomas de alarma

- Vigilar cambios de coloración, cuando llora, cuando tenga secreciones orales y nasales.

- Vigilar cambios de temperatura.
- Vigilar datos de dificultad respiratoria

Acudir a urgencias del Hospital Infantil de México, ante la presencia continua de los signos mencionados.

5.Cuidados especiales en el hogar.

- Limpieza diaria del sitio de inserción de la sonda de gastrostomía y yeyunostomía con agua y jabón.
- Vigilar presencia de secreción y cambios de coloración en los sitios de inserción de las sondas.

6.Fecha de su próxima cita.

- 1 mes después de la fecha de alta

7.Observaciones.

- Se incluye folleto con indicaciones específicas y cuidados especializados.
(anexo 4)

IX. CONCLUSIONES

En el caso presentado se puede concluir que a pesar de las complicaciones para su realización, como la ausencia del cuidador al cual se logró contactar para la elaboración del caso y se observó que el cuidador siempre estuvo disponible para el cuidado de su hijo, utilizando un método sistematizado cómo el Proceso de Atención de Enfermería se logró recabar la información y la implementación de un plan de cuidados, con intervenciones de enfermería sustentadas y con un perfil científico y apoyándonos desde una base teórica de Virginia Henderson, lo cual nos facilita y es de vital importancia hacer el uso de estos recursos.

En relación a los objetivos trazados al principio, se logró elaborar un estudio de caso, sustentado en la Teoría de Virginia Henderson, se cumplió realizando la búsqueda científica, se logró realizar la valoración exhaustiva para determinar el grado de dependencia en el paciente, se elaboraron diagnósticos de enfermería, se logró elaborar e implementar intervenciones de enfermería, se evaluarón las medidas implementadas y se elaboro un plan de alta.

En cuanto al paciente, se observó que con la implementación de cuidados especializados se logro ver mejoría en el estado de salud, reafirmando la importancia que tiene la teoría de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, para brindar cuidados de enfermería.

X. SUGERENCIAS

Se sugiere utilizar de forma estandarizada implementar una teoría de enfermería en las escuelas y universidades, para que se implemente de manera generalizada en los centros de trabajo.

Que los centros de trabajo implementen los cuidados de enfermería, basados en un Proceso de Atención de Enfermería.

Como estudiantes de Posgrado, crear grupos de trabajo para que se realicen y trabajen los planes de intervenciones y que estos se terminen en los tiempos estipulados.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Martínez C. Romero G. Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12 (3): 160-170.
- ² Hinojosa Nava CA. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de caso. *Revista Enfermería Universitaria*. 2014; 11 (3): 110-116.
- ³ Roa Tostado G. Proceso de cuidados de enfermería en neonato con Epidermólisis (piel de mariposa) fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. *Portales médicos*. 2016; 9 (3); 1-11.
- ⁴ Meza Portillo CA. Olvera Arreola SS. Cadena Estrada JC. Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*. 2013; 21 (2); 63 – 70.
- ⁵ Cantella Perez A. Nash Campos N. Proceso de atención de enfermería en preescolar con Guillain Barre fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. *Portales Médicos*. 2015; 1-9.
- ⁶ Solis ND. Peña SB. Melo SA. Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada. *Revista de Enfermería Benessere*. 2016; 1 (1): 75-82.
- ⁷ Pallas M.C. Villauendas B.L. Balsa A.A. Estenosis aortica congénita y endocarditis bacteriana. *Revista Médica Electrónica*. *Portales Médicos*. 2017; 1 – 10.
- ⁸ Carrillo ME, Sierra PM. Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardiaca aplicando el modelo de Henderson. *Rev Mex Enf Cardiol*. 2013; 21(3): 111-117.
- ⁹ Alvarado- Pacheco P, Cruz-Jiménez M. Proceso de Atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Revista Universitaria*. 2013; 10 (3): 105- 111.
- ¹⁰ Gaona Vázquez YA. Cruz Jiménez M. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. *Revista Enfermería Universitaria*. 2012; 9 (2): 37 – 45.
- ¹¹ Meraz Rosas MA. Espinoza Meneses V. Alteración de la seguridad y protección en un adolescente masculino. *Revista Científ Enferm*. 2012; 20 (5): 169-173.
- ¹² Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Ediciones Harcourt; 4ª ed. Madrid; 1998.
- ¹³ Álvarez AM, et al. Guía de práctica clínica cuidados críticos de enfermería. Hospital Txagorritxu; 2004
- ¹⁴ Phaneuf Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. España: McGraw-Hill; 1993
- ¹⁵ Fernandez FC, Novel MG. El proceso de atención de enfermería. Estudios de casos. Barcelona: Masson S.A.; 1993

-
- ¹⁶ Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw Hill Interamericana editores; 1999
- ¹⁷ Garcia GM. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Editorial Progreso; 1997
- ¹⁸ Potter A. Griffin PA. Fundamentos de enfermería. España: Elsevier; 2011. vol 1
- ¹⁹ Berman A.J. Snyder S. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica Vol. 1 Madrid: Pearson Educación; 2013
- ²⁰ Alfaro LR. Aplicación del proceso enfermero fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: El Sevier Doyma; 2003.
- ²¹ Griffith JW, Christensen JP. Proceso de atención de enfermería. México: El manual moderno; 1993
- ²² Bellido VJ, Lendinez CJ. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería De Jaén; 2010
- ²³ Código de ética para enfermeras y enfermeros. Comisión interinstitucional de enfermería. México; 2001
- ²⁴ Mora GL. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Oct 25]; 28(2): 228-233.
- ²⁵ García ML. LA Ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta Bioethica [en línea]. 2015, [citado 15 oct 2017]; 21(2): 311-317.
- ²⁶ Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética. 3ª ed. Secretaría de salud; 2012
- ²⁷ Cusminsky M, Lejarraga H, Mercer R, Martell M, Fescina R. Manual de crecimiento y desarrollo. 2ª ed. OPS: Washington; 1994
- ²⁸ Martínez y Martínez R. Salud y enfermedad del niño y el adolescente. 7ª ed. El manual moderno: México; 2013
- ²⁹ Valverde MI, Mendoza CN, Peralta RI. Enfermería Pediátrica. México: El Manual Moderno; 2013
- ³⁰ Brooke TD. Pediatría. México: Manual Moderno; 2012
- ³¹ Tortora GJ, Derrickson Principios de anatomía y fisiología. 11ª ed. Editorial médica panamericana: México; 2006
- ³² Arreo VV, Mozo CY, Díaz MV, Pérez AM, Franco DE, Suárez BA et al. Manual de enfermería pediátrica. 4ª ed. España: Academia de estudios; 2014

-
- ³³ Licona IC, Guerra RA, Zarate SR. Reparación Toracoscópica versus abierta de atresia de esofágica con fistula traqueoesofágica. Rev. Mex. Cir. Ped. [internet] 2015 [citado 18 nov 2017]; 22(4):269-283
- ³⁴ Garcia H, Gutierrez MF. Manejo multidisciplinario de los pacientes con atresia de esófago. Bol Med Hosp Infant Mex [internet] 2011 [citado 18 nov 2017]; 68(6):467-475
- ³⁵ Morgan SK. Cuidados de enfermería en pediatría. España: Ed Doyma; 1993.
- ³⁶ Marcdante KJ, Kliegman RM. Nelson Pediatría Esencial. 7ª ed. España: Elsevier; 2015
- ³⁷ Daza W, Dadán S. Fórmulas Infantiles. CCAP [internet]. 2009 [citado 2017 dic 13]; 8(4): p. 5-17
- ³⁸ Fernández López María Teresa, Rodríguez Vázquez Ana. Yeyunostomía quirúrgica como vía de acceso enteral a medio-largo plazo. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Ago [citado 2017 Dic 13]; 28(4): 1341-1344. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.4.6414>.
- ³⁹ Intervenciones de enfermería para la seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo en el adulto. Guía de práctica clínica. CENETEC. [internet]. 2014
- ⁴⁰ Gonzáles M, Pino J. Estudio comparativo de las curvas de crecimiento NCHS/OMS: evaluación del estado nutricional e implicancias en un centro de salud familiar. Rev Chil Nutr [internet] 2010 [citado 13 mayo 2018]; 37(2):169-177
- ⁴¹ Habilidades básicas III, toma de signos vitales. 2016 [citado 12 mayo 2018]. Universidad Juárez del Estado de Durango [internet]. Disponible en: famen.ujed.mx/doc/manual-de-practicas/a-2016/03_Prac_01.pdf
- ⁴² Seidell HM, Ball JW, Dains JE, Benedict GW. Manual mosby de exploración física. quinta ed. Madrid, España: Elsevier; 2003.
- ⁴³ Olvera S, Perez J, Alonso J, Soto M, Orozco O, Molina. Cumplimiento de los cuidados en enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilador. Rev. CONAMED [serie en internet] 2015. [citado 04 marzo 2018]; 20(4). s7-s15
- ⁴⁴ Gómez ML, González V, Olgún G, Rodríguez H. Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente pediátrico. Enf. intensiva [serie en internet] 2010 [citado 04 marzo 2018]; 21(2):74-82. Disponible en: <http://www.elsevier.es>.
- ⁴⁵ Secretaria de salud. Listado de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaria de Salud. México: SSA [consultado 04 febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/19ZBVC6>
- ⁴⁶ Le Mone P, Burke k. Enfermería médico quirúrgico pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4ª ed. Madrid.: Pearson educación; 2009
- ⁴⁷ Rodríguez-Weber M, Arredondo J, García de la Puente S, Gonzalez-Zamora J, López-Candiani C. Consumo de agua en pediatría. Perinatol Reprod Hum [en línea]. 2013. [citado 27 mar 2018]; 27(sup. 1): s18-s23

-
- ⁴⁸ Estévez R, Basset I, Guerrero M, López J, Leal M. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. *Enf Neurol*[internet]. (2011), [citado 09 abr 2018]; 10(1):32-38
- ⁴⁹ Abad J, Ramos M, Sánchez N. Técnicas de Movilización. 2007 jul 30. [citado 13 diciembre 2017]. In: Anna Vázquez Fundación. [internet blog]. Disponible en: <https://fundacionannavazquez.wordpress.com/2007/07/30/tecnicas-de-movilizacion/>
- ⁵⁰ Pinheiro E, Lopes P, Garcia R, Falleiros D. Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. *Rev. latino-Am. Enfermagem* [internet]. (mayo-jun. 2014), (citado 09 abr 2018); 22(3):432-9
- ⁵¹ Díaz Y, Pérez M. Protocolo de cambios posturales y técnicas de movilización y traslado del paciente. *Hospital Universitario Central Asturias* [internet]. (enero 2011), [citado 09 abr 2018]:1-12
- ⁵² Burón V, Corrales R, Holmgren N, Durán F. La importancia del buen dormir en el niño. *Contacto científico. Pediatría del siglo XXI: Mirando Al futuro.* [internet],[citado 10 abr 2018];48-55
- ⁵³ Medina Cordero A., Fera Lorenzo D.J., Oscoz Muñoa G.. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Oct [citado 2018 Abr 12]; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.
- ⁵⁴ Martínez V, Gutiérrez J, Petersen A, García H, Avalos H, Gutierrez H,et. al. Musicoterapia en una unidad de cuidados intensivos neonatales: experiencia benéfica para el binomio. *Perinatol Reprod Hum.*[internet].(2015), (citado 09 abr 2018);29(3):95-98
- ⁵⁵ Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. *Cuidados en Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona.*España:Mc Graw-Hill Interamericana;1993.
- ⁵⁶ González-Consuegra R, Hernández-Sandoval Y, Matiz-Vera G. Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. *Revista Cubana De Enfermería* [serial on the Internet]. (2017, July), [cited February 8, 2018]; 33(3): 1. Available from: *MedicLatina*
- ⁵⁷ Guía de la OMS sobre higiene de manos en la atención de la salud.OMS 2009
- ⁵⁸ Sánchez I, Sáenz E. Antisépticos y desinfectantes educación continua. *Dermatología Peruana*[internet].2005[citado febrero 2018];15(2):82-103
- ⁵⁹ Taketomo CK,Hodding JH,Krauss DM. *Manual de prescripción pediátrica.*14° ed. Lexi-comp;2008
- ⁶⁰ Intervenciones de enfermería para la seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo en el adulto. *Guía de práctica clínica. CENETEC.* [internet].2014
- ⁶¹ NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. DOF: 18/09/2012
- ⁶² Correa e,verde e,rivas j.valoración de enfermería basada en la filosofía de virginia Henderson.mexico:universidad autónoma metropolitana;2016

-
- ⁶³ León C, Rivero G, López M, Rodríguez I. Uso irracional de las pruebas de laboratorio clínico por parte de los médicos de asistencia. MEDISAN (internet).2015[citado febrero 2018];19(11):1300
- ⁶⁴ Ruiz S, García R. Análisis de un diagnóstico de enfermería: deterioro de la comunicación verbal. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [internet]2016[citado 29 abril 2018]; 8 (1): 693-732
- ⁶⁵ Conjunto para el desarrollo del niño en la primera infancia: un cofre de tesoros lleno de actividades. NY USA. UNICEF
- ⁶⁶ El niño de 0 a 3 años. Guía de atención temprana. Equipo de atención temprana de la Rioja. [internet]. Gobierno de la Rioja. 2008
- ⁶⁷ Kostelnik M, Phipps A, Soderman A, Gregory K, El desarrollo social de los niños. Estados Unidos. Cengage Learning, Inc ;2009
- ⁶⁸ Stein M, Lorenzini A, Büscher A. El ambiente vivo, dinámico y complejo de cuidados en una unidad de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem[internet] mayo-jun. 2015[citado 10 may 2018]; 23(3):411-8
- ⁶⁹ Villar R, Pancorbo P, Jiménez M, Cruz A, García P. Qué hace el cuidador familiar en el hospital: Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. Gerokomos [Internet]. 2012 Mar [citado 2018 mayo 15];23(1):7-14.
- ⁷⁰ Ball J, Bindler R. Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil. 4ª ed. Pearson Educación: Madrid, España;2010
- ⁷¹ Triana M. La empatía en la relación enfermera-paciente. Av Enferm [internet] 2017[citado 14 mayo 2018]; 5(2):121-122
- ⁷² Manzanos A, Novo I, González I. Estrategia de mejora en la administración de medicamentos por vía subcutánea en el domicilio. Nuber Científ. [internet].2011[citado 15 mayo 2018];1(3): 26-31. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_3.pdf
- ⁷³ Luque M. La familia como parte de los cuidados del paciente. Rev Med Elect.[internet]27 enero 2013. [citado 15 mayo 2018];8(1).Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/familia-cuidados-pacientes/>
- ⁷⁴ Navarrete S. Educación al paciente y su familia. Rev Colomb Cardiol.[internet].2016[citado 15 mayo 2018];23(S1):34-37.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.010>
- ⁷⁵ Jiménez A, López F, Restrepo D. La experiencia educativa del profesional de Enfermería en el ámbito clínico. Investig Enferm Imagen Desarr[internet]. Julio-diciembre 2013[citado 15 mayo 2018];15(2): 9-29.Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803002>
- ⁷⁶ Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. Sociedad Iberoamericana de Neonatología. [internet].2010 [citado 18 abril 2018]:1-25
- ⁷⁷ Jamieson E, Whyte L, McCall J. Procedimientos de enfermería clínica. 5ª ed. Elsevier.España:2008

-
- ⁷⁸ Avellanas M.L, Ricart A, Botella J, Mengelle F, Soteras I, Veres T, Vidal. Manejo dela hipotermia accidental severa. Med Intensiva[internet]2012[citado 18 abril 2018];36(3):200-212
- ⁷⁹ Lizarralde E, Gutiérrez A, Martínez M. Alteraciones de la termorregulación. Emerg 2000[internet] 2000 [citado 10 abril 2018]; 12:192-207
- ⁸⁰ Rojas, L., Cubero, C. y Leiva, V. Segregación de la ropa hospitalaria en origen usada por el paciente: revisión sistemática. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica[internet]. (2016), [citado 17 abril 2018];31:1-17. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i31.25503>
- ⁸¹ Climo MW, Yokoe DS, Warren DK, Perl TM, Bolon M, Herwaldt LA, et al. Effect of daily chlorhexidine bathing on hospital-acquired infection. N Engl J Med. [internet] 2013 Feb 7[citado 23 abril 2018] ;368(6):533-42. doi: 10.1056/NEJMoa1113849.
- ⁸² Shi Z, Xie H, Wang P, Zhang Q, Wu Y, Chen E et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD008367. DOI: 10.1002/14651858.CD008367.pub2
- ⁸³ Carvajal G, Montenegro J. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Oct [citado 2018 Abr 24] ; 14(40): 340-350. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015&lng=es.
- ⁸⁴ Potter P, Griffin A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de enfermería.8ª ed.Elsevier España:2013
- ⁸⁵ País L. De la capellanía a la asistencia religiosa: el campo religioso portugués en los hospitales. Soc. y rel[internet]2016[citado 09 may 2018];46(XXVI): PP 181-200
- ⁸⁶ Stein M, Lorenzini A, Büscher A. El ambiente vivo, dinámico y complejo de cuidados en una unidad de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem[internet] mayo-jun. 2015[citado 10 may 2018];23(3):411-8
- ⁸⁷ Muñoz A, Morales I, Bermejo J, Galán J. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index Enferm [Internet]. 2014 Sep [citado 2018 Mayo 11] ; 23(3): 153-156.
- ⁸⁸ Fundació Hospital de Nens de Barcelona. [internet]. Abril 2016. ¿Como escoger el juguete más adecuado?.[consultado 15 mayo 2018].Disponible en: <http://hospitaldenens.com/es/quia-de-salud-y-enfermedades/icomoescogerunjuguete/>
- ⁸⁹ Guía de actividades únete por la niñez UNICEF. internet Conjunto para el desarrollo del niño en la primera infancia: un cofre de tesoros llenos de actividades. Consultado 15 mayo2018. Disponible en: http://files.unicef.org/supply/Activity_Guide_Spanishv1pdf.pdf

XII. ANEXOS

ANEXO 1

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

ENFERMERÍA INFANTIL

Instructivo

Para el alumno:

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

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

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

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

Mapa familiar

Abuelos paternos

Abuelos maternos

Padres

Hermanos

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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva.	Enfermedades

Símbolos

Hombre Mujer Paciente problemas
 Fallecimiento Relaciones fuertes
 Relaciones débiles Relaciones con estrés

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

	Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda			
	Cereales	_____	_____	_____			
	Frutas	_____	_____	_____			
	Vegetales	_____	_____	_____			
1	Carne	_____	_____	_____			
	Tipo de líquidos: Vía oral: _____	Vía Parenteral: _____					
	Hábitos en los alimentos: _____						
	A que edad le salieron los dientes: _____						
	Eliminación						
	Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____						
	Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____						
	Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____						
2	Olor: Ácida: _____ Fétida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____						
	Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento: _____						
	Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____						
	Otros: _____						
	Hábitos: _____						
	Descripción de genitales: _____						
	Sudoración: _____						
	Oxigenación						
	Sonometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____						
	Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____						
3	Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____						
	Pulso: _____						
	Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____						
	Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ Disociación toraco bdominal: _____						
	Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____						

	Respiración asistida: _____ controlada: _____															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Secreciones bronquiales:</th> <th>Cantidad</th> <th>Consistencia</th> <th>Color</th> <th>Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tubo traqueal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cavidad oro nasal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Secreciones bronquiales:	Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____	Cavidad oro nasal	_____	_____	_____	_____
Secreciones bronquiales:	Cantidad	Consistencia	Color	Olor												
Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____												
Cavidad oro nasal	_____	_____	_____	_____												
3	Humidificación y oxigenación: _____ _____ Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____ Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____ Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____															
	Reposo-sueño															
	Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____ Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____ Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____															
4	Duerme siesta: _____ En qué horario: _____ Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____ Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____ Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____ Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Nauseoso: _____ Búsqueda: _____ Moro: _____ Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____ Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____															
	Vestido															
5	Condiciones de la ropa de vestir: _____ Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____ Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____ Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____															
	Termorregulación															
6	El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____ Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____															

	Movimiento y Postura
7	A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____ Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____ Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____ Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____ Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____ Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____ Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____ Cambios de posición con ayuda: _____
	Comunicación
8	Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____ Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____ A qué edad sonrío: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____ Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____ Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____ Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____ Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____ Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____ _____
	Higiene
9	Condiciones higiénicas de la piel: _____ Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____ Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____ Frecuencia del cambio de ropa: _____

	Recreación								
10	Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____ Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____ Los objetos: _____ Animales: _____ Las personas: _____ Juega solo: _____ Con otros niños: _____ Con adultos: _____								
	Religión								
11	¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____ _____								
	Seguridad y protección								
	Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____ _____								
	Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ _____								
	Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____ _____								
12	Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____ Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____ Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____ _____								
	Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____								
	Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____								
	El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____								
	Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre del medicamento</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Dosis</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Vía</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Fecha</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha				
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha						

	De qué forma acostumbra a dárselos: _____
	Aprendizaje
	Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____
13	¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____ ¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____ _____ ¿Cómo reaccionó? _____ ¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____ Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____ _____
	Realización
	¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____ _____
14	Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____ Comparte juguetes: _____ Hace amistad con otros niños y adultos: _____ Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____ _____ Otros datos: _____ _____ _____ _____ _____ Nombre de la enfermera: _____ Fecha: _____

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

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual).

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Necesidad alterada	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro:
 _____ Servicio: _____ Fecha: _____
 Nombre del _____

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

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Nombre: _____ Servicio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____

Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

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

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

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

6. Fecha de su próxima cita:

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

ANEXO 2



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

UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Consentimiento Informado para estudio de caso.

Yo _____, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi
Hijo (a) _____ participe en el estudio de caso de

, cuyo Objetivo principal es: _____

_____ y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han
sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de
recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten
en: _____

_____ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes a estado de salud de mi
hijo (a).

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo
deseo sin que este afecte a la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma.
Nombre del padre o tutor: _____

Firma.

Testigos.

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____

ANEXO 3



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



Reporte diario

Nombre del alumno: Juan Manuel Ortega Cruz Fecha: Servicio: Recuperación.

Nombre del niño: Morales Franco Niño Edad: 9 meses Registro: 843379

Valoración Focalizada de la necesidad de:

I. Datos subjetivos:

II. Datos Objetivos:

Peso: **Talla:** **FC:** **FR:** **T/A:** **Temp.**

Otros:

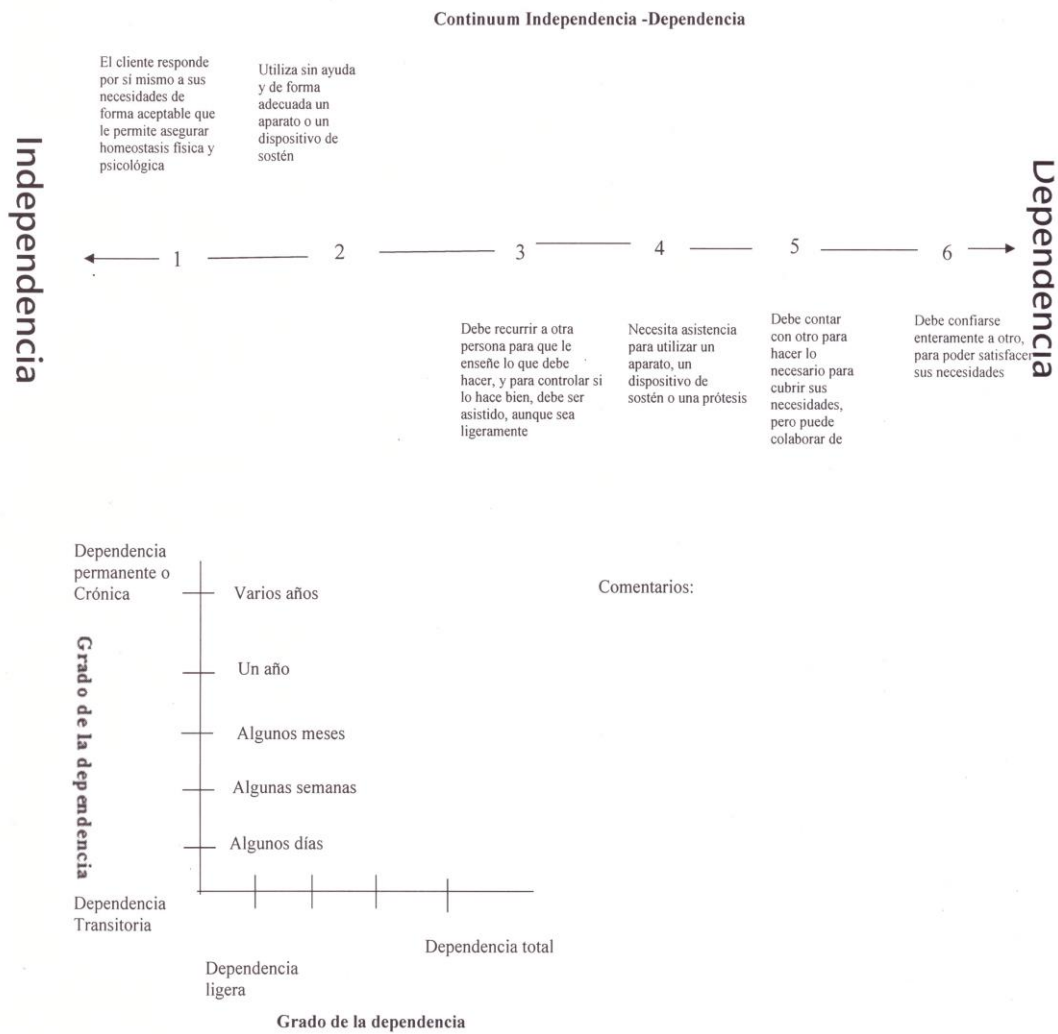
A) Observación general (habitus externo)

B) Exploración física

III. Tipo de relación de enfermería:

IV. Fuentes de la dificultad

V. Diagnóstico de Enfermería



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

TRIPTICO (anexo 4)

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

En caso de presentar alguno de estos signos o síntomas acudir al área de urgencias del Hospital Infantil de México.

CUIDADOS DE GASTROSTOMÍA Y YEYUNOSTOMÍA

Limpiar diariamente el sitio de inserción de la gastrostomía y yeyunostomía.

Vigilar la presencia de secreciones y cambios de coloración en los sitios de inserción de las sondas de gastrostomía y yeyunostomía.



Hospital Infantil de México Dr.
Federico Gómez

Calle Dr. Márquez 162, Cuauhtémoc,
06720 Ciudad de México, CDMX

Teléfono: 55 52289917

Elaboro: Lic. Enf. Juan Manuel Ortega
Cruz
Asesor: E.E.I. Maricela Cruz Jiménez

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



CUIDADOS EN EL HOGAR DE UN PACIENTE CON ATRESIA DE ESÓFAGO.

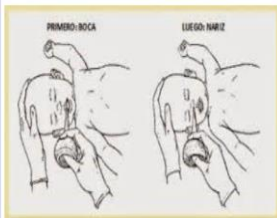


¿ QUE HAGO EN CASA?

Fisioterapia pulmonar en la mañana, en la tarde y en la noche.

De forma vibratoria y antes de aspirar las secreciones orales y nasales del niño.

Aspirar secreciones orales y nasales con una perilla cuando se acumulen, darle prioridad antes de iniciar los alimentos.



Realizar baño diario en una bañera, el agua debe estar próxima a la temperatura corporal (36-38°), la habitación debe estar cerrada, tras el baño secarlo inmediatamente y arroparlo.



¿Y COMO LO ALIMENTO?

Utilizar **agua hervida** o de garrafón en la preparación de alimentos.



Hervir los utensilios que utiliza para la preparación de formula láctea.



Alimentar con papillas 3 veces al día.



¿QUE MEDICAMENTOS LE DOY?

- Poli vitaminas 1 ml VO c/24 horas
- Vitaminas ACD 1 ml VO c/ 24 horas
- Cisaprida 0.7 ml VO c/8 horas
- Captopril 1.2 mg VO c/12 horas
- Espironolactona 2.1 mg VO c/ 8 horas
- Zinc 8.4 mg VO c/ 24 horas
- Omeprazol 8.4 mg VO c/24 horas

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- Vigilar cambios de temperatura corporal.
- Observar aumento de las secreciones orales y nasales.
- Vigilar datos de dificultad respiratoria (aumento de las respiraciones, cambios de color de la piel, quejidos al respirar)