



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 GOMEZ”



HOSPITAL INFANTIL de MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud

“Estudio de caso de Lactante femenina con alteración en la necesidad de oxigenación por comunicación interventricular”

Para obtener el grado de Enfermera Especialista
Infantil

PRESENTA

L.E. Ivonne Enriqueta Villar Lagard

Asesor: E.E.I. Verónica Espinosa Meneses

Ciudad de México; Octubre 2017 – Mayo 2018

Ciudad de México

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer primeramente a Dios y a la vida que me ha permitido llegar hasta donde estoy, darme una segunda oportunidad de vida y por llenarme de felicidad.

A mis padres, José y Enriqueta, que con esfuerzo, dedicación y amor me dieron las armas para luchar para que cada uno de mis sueños se volvieran metas cumplidas, si he llegado hasta este punto es gracias a ustedes y por ustedes. Gracias por cada noche de desvelo que pasaron a mi lado y por siempre levantarme en cada tropiezo que he tenido, no sé cómo pagar todo lo que han hecho por mí. Los amo.

A mi esposo Alejandro que hizo que cambiaran mis paradigmas y agradezco que lo haya hecho; gracias por llegar a mi vida, confiar y creer en mí y hacer de mí una mejor persona; gracias por el apoyo durante este tiempo juntos y por ayudarme a crecer profesionalmente. Recuerda que estaré a tu lado hasta que tú quieras; Te amo.

A mi Asesora Clínica de la especialidad, Verónica Espinosa Meneses por brindarme su conocimiento, paciencia y compromiso que me hicieron crecer día a día como profesional, gracias por su paciencia, dedicación y apoyo incondicional.

A la coordinadora de la Especialidad Maricela Cruz Jiménez por darme la oportunidad de cursar esta especialidad; agradezco infinitamente su apoyo y paciencia en este año cursado.

Agradezco a mi paciente y a sus familiares por dejarme conocer un poco más de su dinámica familiar para la realización del presente estudio de caso.

Este trabajo está dedicado a cada una de las personas que confiaron en mí, mis padres, hermana, esposo. Espero no fallar durante el ejercicio de mi profesión y ser una profesional de Enfermería altamente capacitado. Continuare con mi formación profesional para brindar al paciente cuidados de enfermería basada en conocimientos amplios y científicos que ayuden a mejorar la calidad de atención.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVO.	2
2.1 Objetivo General.....	2
2.2 Objetivos específicos.....	2
III. MARCO REFERENCIAL	3
3.1 Artículos revisados con el modelo de Virginia Henderson	3
IV. MARCO CONCEPTUAL	11
4.1 Teoría de Virginia Henderson.	11
4.2 Proceso de Atención de Enfermería	18
4.4 Aspectos Éticos del cuidado de Enfermería.....	36
4.5 Generalidades del crecimiento y desarrollo en el lactante menor.	42
4.6 Factor de Dependencia: Comunicación Interventricular.....	47
V. METODOLOGÍA DEL CASO.....	52
5.1 Métodos e instrumentos utilizados.	52
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.	53
6.1 Descripción del caso.....	53
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	59
7.1 Valoración y jerarquización de las necesidades focalizadas.....	59
7.2 Proceso Diagnóstico.....	60
7.3 Planeación.....	64
7.4 Ejecución y evaluación.....	65
VIII. CONCLUSIONES.....	154
IX. SUGERENCIAS.	155
X. BIBLIOGRAFÍA.....	156
XI. ANEXOS	167
Anexo 1	167
Anexo 2	168
Anexo 3	182

I. INTRODUCCIÓN.

El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico que nos permite a los profesionales brindar cuidados específicos para el restablecimiento de la salud de la persona, familia o comunidad. Si este proceso se realiza con apoyo de un modelo de enfermería se podría jerarquizar de forma sencilla. El modelo de atención de Virginia Henderson nos ayuda a clasificar los problemas del paciente mediante la valoración de 14 necesidades, todo esto para conocer el estado actual del paciente, no solo en lo área fisiológica, sino en el área biológica, psicológica y social y de ésta manera el profesional de enfermería desarrollara cuidados independientes, dependientes, o interdependientes con el fin de que el individuo logre su total independencia y la satisfacción de estas necesidades.

Por tal motivo se realizó el presente estudio de caso durante el periodo comprendido de Septiembre del 2017 a Junio del 2018 en el Hospital Infantil de México Federico Gómez; este se realizó a una paciente lactante femenina hospitalizada en el área de Pediatría I y II con diagnóstico médico de Comunicación Interventricular. Utilizando el proceso de atención de enfermería apoyado del Modelo filosófico de Virginia Henderson, de esta manera planear acciones para la atención integral del paciente, mediante fundamentación científica que nos respalde en los cuidados que se brindaran al paciente elegido para lograr su independencia y de esta forma continuar con su crecimiento y desarrollo normal.

El trabajo está conformando desde la descripción del proceso de atención de enfermería, el modelo de Virginia Henderson, aspectos éticos y la relación que existe entre ellos; la descripción de la patología como factor de dependencia, la descripción del caso, exploración física y la valoración focalizada de las 14 necesidades, para elaborar finalmente el proceso enfermero mediante las 5 etapas (Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación).

Lo anterior para continuar con el proceso de aprendizaje mediante la adquisición de conocimientos y habilidades para brindar un cuidado especializado y sistemático para nuestros pacientes, fomentando la investigación para favorecer el crecimiento profesional del estudiante de la Especialidad de Enfermería Infantil.

II. OBJETIVO.

2.1 Objetivo General.

- Realizar un estudio de caso de un paciente lactante mayor femenina con diagnóstico médico de Comunicación Interventricular, con el fin de planear cuidados de enfermería mediante el proceso de atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson.

2.2 Objetivos específicos.

- Realizar la valoración de enfermería de las necesidades del paciente seleccionado.
- Identificar y jerarquizar las necesidades alteradas del lactante y determinar su dependencia o independencia.
- Realizar diagnósticos de enfermería con base a las necesidades valoradas.
- Elaborar un Plan de cuidados de enfermería de cada necesidad para identificar intervenciones que ayuden en la independencia del paciente.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería, previamente planeadas, al lactante con Comunicación Interventricular.
- Evaluar las intervenciones y cuidados realizados al paciente para identificar el avance de la independencia del paciente.
- Elaborar un plan de alta para reforzar los cuidados que el familiar debe realizar con la paciente.

III. MARCO REFERENCIAL

3.1 Artículos revisados con el modelo de Virginia Henderson

Se realizó una búsqueda, en internet, de la cual se obtuvieron 11 artículos que utilizaron el modelo de Virginia Henderson en estudios de caso en la implementación del proceso de atención de enfermería; esta búsqueda se efectuó mediante buscadores de bases de datos electrónicos. Estos artículos abordan de 0 hasta 12 años, en diversos hospitales de México, Chile y España; los años de publicación van del 2012 al 2017.

A continuación se realizó el resumen de cada uno de los artículos revisados, ordenados de acuerdo a la primera necesidad alterada del paciente al que se realizara el estudio de caso.

Alvarado P. realizó un proceso de atención de enfermería a un paciente adolescente de 12 años de edad con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único, esta patología se caracteriza por la presencia de una sola cámara ventricular lo que conlleva un corto circuito de la circulación sanguínea cardiaca, con la consiguiente hipoxemia. Este estudio se realizó en el Hospital Infantil de México y fue publicado en la revista de Enfermería Universitaria ENEO – UNAM en Junio del 2013. Los autores recabaron datos subjetivos y datos objetivos, estos se obtuvieron mediante una valoración focalizada en las que se determinó el grado y duración de la dependencia de las necesidades alteradas, posteriormente realizaron planes de cuidado personalizados con intervenciones específicas para cada alteración detectada, enfocados a favorecer el alcance de la independencia, por último se llevó a cabo la evaluación, comparando el grado de dependencia inicial y final. La necesidad más alterada fue la de oxigenación debido a los problemas cardiacos para los cuales se planearon intervenciones y cuidados específicos, como la detección temprana de signos y síntomas evaluando el sistema respiratorio y el continuar con el tratamiento farmacológico; a pesar de los cuidados brindados no se alcanzó una mejora significativa en el estado hemodinámico del paciente pero lograron una adecuada orientación para mejorar el apego terapéutico.¹

En Diciembre de 2013, Carillo- Medina realizó un estudio de caso publicado en la revista Mexicana de Enfermería Cardiológica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, la selección del caso se realizó en el servicio de cardiología pediátrica y se realizó un Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de V. Henderson; el cual se aborda el caso de un escolar de nueve años con un diagnóstico médico de malformación cardíaca congénita, se recolectaron los datos de forma directa e indirecta; de estos se realizaron cuatro valoraciones de tipo exhaustiva y tres focalizadas a través del instrumento de las 14 necesidades, llevando a cabo el análisis de dichas necesidades y jerarquizándolas de acuerdo al grado de independencia y dependencia, se elaboraron diagnósticos de enfermería estructurados mediante el problema, la etiología, así como signos y síntomas utilizando la taxonomía de NANDA por último se realizaron planes de cuidado para cada uno de ellos. En Octubre del 2011 ingreso al hospital con deterioro de la clase funcional, disnea de pequeños esfuerzos, ortopneas, saturación del 60% y cianosis grado IV de tres meses de evolución. En las valoraciones realizadas las necesidades alteradas se jerarquizaron con base al nivel de dependencia, siendo la más afectada la oxigenación; las intervenciones de enfermería fueron encaminadas a mejorar la insuficiencia respiratoria y las condiciones respiratorias, realizando actividades de enfermería de tipo independientes, con esto la evaluación paso de un nivel 5 de independencia a un nivel 4 y el egreso del paciente en las mejores condiciones posibles.²

Meza P.C. realizó un proceso enfermero mediante el enfoque de Virginia Henderson a un lactante mayor de 1 año 6 meses de edad de sexo masculino con un diagnóstico médico de pentalogía de Cantrell. Esta patología es un síndrome caracterizado por disrupción del esternón rojo, defectos cardíacos, diafragmáticos y abdominales, la mortalidad en estos pacientes es muy alta debido a las múltiples asociaciones con otras patologías; el paciente evaluado antes de ser diagnosticado con pentalogía de Cantrell se diagnosticó al nacimiento ectopia cordis parcial toracoabdominal y gastrosquisis. Al ingreso se observó con cianosis central, ectopia cordis parcial toracoabdominal, defecto de la pared abdominal donde se protruyen

las vísceras abdominales. Este proceso se llevó acabo en un periodo de dos meses en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; publicado en la revista Mexicana de Enfermería Cardiológica en Agosto del 2013; se valoraron las 14 necesidades y se establecieron los diagnósticos e intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas, las cuales fueron la de oxigenación, alimentación, seguridad, movilidad y postura, a su vez se encontraron 4 diagnósticos reales (perfusión tisular inefectiva, estreñimiento, intolerancia a la actividad), 6 de riesgo (riesgo de disminución del gasto cardiaco y riesgo de desequilibrio nutricional) y 2 de bienestar, obteniendo 63 intervenciones; la dependencia del paciente fue total en las intervenciones realizadas y el nivel de dependencia no disminuyo pero se mantuvo estable, así mismo se brindó información clara y precisa de los cuidados a realizar en el momento del alta hospitalaria para mejorar la calidad de vida del paciente.³

Otro estudio de caso que fue publicado en la revista Mexicana de Enfermería Cardiológica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en el servicio de cardiología pediátrica en Abril del 2015 realizado por Hernández T.A.M, fue un plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar de 4 años 8 meses de edad con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón por ventrículo único y atresia pulmonar; la sobrevida de los pacientes pos operados de Fontan es de un 90% con una edad promedio de 14 años, por tal motivo es fundamental la elaboración de un plan de cuidados especializados, individualizados durante el alta y seguimiento domiciliario, el objetivo de este estudio de caso fue la reincorporación de la persona a sus actividades de la vida diaria con el apoyo del cuidador primario y disminuir las complicaciones a corto y largo plazo. Las intervenciones de enfermería se enfocaron en mejorar el déficit de conocimiento del tratamiento por parte del cuidador primario para mejorar el apego terapéutico y los cuidados que debe tener en casa, así mismo se realizaron intervenciones para que el escolar se adaptara a la actividad física diaria mediante ejercicios pasivos para evitar fatiga. A la evaluación encontraron una mejoría en el apego terapéutico y la reincorporación del paciente a sus actividades de la vida diaria. Las autoras concluyeron que el plan de alta es una herramienta necesaria para la adecuada recuperación del paciente en su domicilio.⁴

Matín P.C., Villuendas B.L., Andrés B.I. realizaron un estudio de caso siguiendo el modelo de enfermería de Virginia Henderson en un paciente masculino de 12 años de edad con diagnóstico de estenosis aortica y endocarditis bacteriana. Este fue publicado en la Revista Médica Electrónica Portales Médicos en Abril del 2017 en España, en el cual se realizó una valoración de urgencia debido a que al ingreso el paciente presentaba fiebre y a la exploración física se descubrió un soplo sistólico y diastólico con presencia de insuficiencia cardiaca. Los diagnósticos de independencia se enfocaron en la necesidad de oxigenación por la disminución del gasto cardiaco relacionado con la insuficiencia cardiaca que se manifestó por fatiga, los cuidados de enfermería fueron dirigidos a la estabilidad cardiovascular; otro diagnóstico fue el de fatiga crónica relacionado con la patología con manifestación clínica de cansancio, las intervenciones estaban encaminadas a la conservación de la energía y a la tolerancia del paciente a la actividad física; finalmente realizaron un último diagnóstico enfocado en la hipertermia y otro al tratamiento farmacológico y no farmacológico para evitar complicaciones en el paciente. Así mismo se le dio la información necesaria al paciente sobre su patología y de esta manera evitar las complicaciones y prevención de infecciones futuras. A la evaluación de las intervenciones realizadas el paciente evolucionó de manera favorable disminuyendo la fiebre, manteniendo los signos vitales dentro de los límites normales pero concluyen que el paciente necesita de tratamiento quirúrgico para el tratamiento de la estenosis aortica.⁵

En México, Cantellán P.A., Pérez E.Y., Cano A.N., Corona B.R. realizaron un proceso de atención de enfermería que fue publicado en la Revista Médica Electrónica Portales Médicos en Enero del 2015. Este proceso se realizó con un paciente masculino de 2 años 11 meses con diagnóstico de Guillen Barré, esta es una patología que cursa con parálisis aguda manifestada principalmente con parestesias, entumecimiento y debilidad progresiva de las extremidades y que afecta los músculos de la cara y la ventilación. El diagnóstico principal está relacionado con el deterioro de la movilidad relacionado con la alteración del estado físico, falta de fuerza neuromuscular y dolor, así como datos de dificultad respiratoria, estableciendo intervenciones de enfermería dirigidas al cuidado del

paciente encamado , al manejo ambiental, manejo del dolor y al manejo de la ventilación. Dentro de las intervenciones de enfermería se proporcionó el manejo del estado anímico del paciente para que participe en su rehabilitación. Los autores concluyeron que el profesional debe estar capacitado para el cuidado del paciente con esta patología para obtener un alto grado de independencia en el menor tiempo posible. ⁶

En la publicación de la revista de Enfermería Universitaria ENEO – UNAM en Junio del 2012, Gaona V.Y.A. realizó un estudio de caso de una adolescente femenina con dependencia en la necesidad de seguridad y protección por deficiencia de proteína C, la principal función de esta proteína es regular la formación de trombina y consecuentemente la prevención de una trombosis, el tratamiento de este padecimiento se realiza con medicamentos intravenosos y la ministración de componentes sanguíneos los cuales se realizaron mediante catéter centrales, instalándole al paciente más de un catéter central poniendo en riesgo al paciente; a su vez valoraron que el paciente tenía una retinopatía por la patología de base; con estos datos los autores identificaron la dependencia del paciente para la necesidad de seguridad y protección; las intervenciones se enfocaron a la prevención de complicaciones mediante el tratamiento farmacológico adecuado y el apego a este, y a la prevención de accidentes por la debilidad visual de la paciente. También se brindó información sobre los aditamentos que debe tener en el hogar para evitar caídas. En la evaluación se lograron los objetivos de aprendizaje de la paciente para desplazarse sin problema. ⁷

En el Hospital Infantil de México, Meraz R.M.A, Espinosa M.V. elaboraron un estudio de caso a un adolescente de 12 años, masculino, con alteración en la necesidad de seguridad y protección por Leucemia Linfoblástica Aguda, el adolescente se encontró en un nivel de dependencia 4 y logro disminuir a un nivel 3 ya que su tratamiento antineoplásico lo mantiene con alteración de la necesidad, el seguimiento del paciente se realizó durante 8 meses. Se jerarquizaron las necesidades con base a su nivel de dependencia; como primer necesidad afectada es la de seguridad y protección por el tratamiento intravenoso de citotóxicos, los cuales aumentan el riesgo de infecciones oportunistas que ponen en riesgo la vida

del paciente; como segunda necesidad es la de movimiento y postura ya que el paciente tiene una herida quirúrgica abdominal que le impide el movimiento por dolor. Las intervenciones se enfocaron en la protección del paciente contra infecciones, enseñando al paciente a identificar los signos y síntomas clínicos por presencia de infecciones, cuidados a la piel y mucosas y para el personal de salud el manejo de técnicas estériles durante la administración de los fármacos, así como el apoyo durante la movilización. En la evaluación se logró disminuir el grado de dependencia de la necesidad de seguridad y protección y de movimiento y postura. Este estudio fue publicado en la revista *Desar Cientif Enferm* en Junio del 2012.⁸

En otro estudio de caso realizado por Zita R.T.G., que fue publicado en la *Revista Médica Electrónica Portales Médicos* en Enero del 2016 en México; elaboraron un proceso de enfermería en neonato con epidermiolisis, en la cual se forman heridas y ampollas recurrentes en la piel del paciente ante el más mínimo contacto; después del nacimiento presentó lesiones múltiples en la piel y mucosas. Mediante la valoración de enfermería con el modelo de Henderson se obtuvo que la necesidad afectada es la de higiene corporal y la de integridad de la piel, el diagnóstico principal se basó en el deterioro de la integridad cutánea relacionado a la patología de base manifestado por las alteraciones muco – cutáneas, las intervenciones se enfocaron en mantener la integridad de la piel vigilando la piel, minimizando el manejo del recién nacido, el cuidado a las heridas y a la alimentación asistida mediante sonda orogástrica por las lesiones en mucosas. Los resultados obtenidos fueron favorables para el recién nacido y para los profesionales de salud ya que fue el primer caso que atendieron en esa unidad hospitalaria.⁹

En diciembre del 2016, en Chile, Dahrbacun S.N.D. realizó un artículo que se basó en el cuidado de enfermería con un enfoque de integralidad en salud, aplicado a un escolar hospitalizado. Este artículo fue publicado en la revista de enfermería *BENESSERE* de Valparaíso Chile. Trata de una paciente femenina de 7 años con diagnóstico de pielonefritis aguda, presenta abdomen doloroso a la palpación y enuresis eventuales, con tratamiento de antibióticos en su 5° día; en una segunda valoración se observó que la paciente tiene conflicto en la comunicación con sus familiares debido a que no tiene una buena relación con su hermana y la madre no

se presentó en el hospital más que una vez. Los diagnósticos de enfermería se enfocaron en la insatisfacción en la comunicación relacionado con las dificultades para establecer relaciones armónicas con su familia manifestado por comportamiento impulsivo y verbalización de la escolar sobre los conflictos con su familia; las intervenciones se encaminaron a mejorar la comunicación intrafamiliar, el acompañamiento terapéutico, realizar actividades lúdico – recreativas y a la estimulación de la conversaciones. El tiempo de intervención no permitió una evaluación que lograra la satisfacción de esta necesidad, pero fue posible visualizar esta problemática e iniciar las coordinaciones interdisciplinarias. Los autores concluyeron que este estudio de caso permitió estimular la reflexión individual y colectiva respecto al ejercicio profesional, donde debiera existir una valoración exhaustiva y personalizada de acuerdo a los diversos contextos, evitando establecer juicios de valor y considerando las diversas propuestas del equipo multidisciplinario para otorgar una atención integral, donde enfermería lidere los aspectos relacionados al cuidado.¹⁰

C. A. Ignorosa-Navaa, realizó un estudio de caso en el Hospital General de la zona conurbada de la ciudad de México, abarcó del 14 de febrero al 4 de marzo de 2012. Se presenta a un paciente recién nacido del sexo femenino con diagnóstico de síndrome polimalformativo o también llamado síndrome de Patau, la expectativa de vida varía dependiendo del grado de afectación pero el pronóstico muestra que alrededor del 50% de los pacientes mueren en el primer mes de vida. La técnica de recolección de datos se realizó a través de la anamnesis directa, exploración física, consulta al expediente clínico y visita domiciliaria. Se elaboraron los diagnósticos a partir del formato PES, una vez planteado los objetivos con base a las necesidades alteradas se realizó un plan de intervenciones basado en el desarrollo de cuidados paliativos que se enfocaron en mejorar su calidad de vida, estos cuidados van desde el apoyo psicológico hasta favorecer el ambiente adecuado para la tranquilidad del paciente y familia, procurando proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, la intimidad y la confidencialidad. Las principales necesidades que se vieron afectadas fueron oxigenación, nutrición, eliminación, sueño y descanso; enfocando intervenciones para mantener al paciente lo más estable posible.

Los autores concluyeron que en las instituciones de salud deben tener estrategias de afrontamiento en este tipo de casos, los cuidados paliativos determinan la calidad de vida de nuestros pacientes, así mismo los profesionales de enfermería deben contar con la preparación suficiente y crear estrategias que apoyen al afrontamiento del paciente de la familia y del profesional mismo.¹¹

El estudio de caso es un método de investigación cualitativa que involucra el proceso de atención de enfermería y las teorías de enfermería. El modelo de Virginia Henderson se adapta a las necesidades fisiológicas del paciente y de esta forma establecer diagnósticos de enfermería e intervenciones específicas basadas en evidencia científica para que el paciente logre un estado de independencia de salud. Por tal motivo es de gran utilidad la revisión bibliográfica anterior para guiar el proceso de atención de enfermería a realizar.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Teoría de Virginia Henderson.

Virginia Avenel Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Fue la quinta de ocho hermanos. En el Verano de 1918 a los 20 años Henderson ingresa a la Army School of nursing de Washington D.C., se recibió como Registered Nurse después de 3 años; en 1929 obtuvo el grado de Master en la Universidad de Columbia.

En 1955 da su propia definición de Enfermería y dirige el proyecto Nursing Studies Index. En 1966 publica su obra *the Nature of Nursing* en donde describe su concepto sobre la función única y primordial de la Enfermera. En la primera edición de su libro "Principios básicos de Enfermería" ¹², da a conocer los componentes básicos de los cuidados (14 necesidades), refiriendo en forma sencilla las necesidades fundamentales de cada persona. Obtuvo nueve títulos doctorales honoríficos de diversas Universidades y en 1988 recibió mención de honor por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la Enfermería.

La definición de Henderson acerca de los conceptos básicos del metaparadigma son:

- Persona: "Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz , la persona y la familia son vistas como una unidad, constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables" ¹²
- Entorno: "Condiciones externas que influyen en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano".¹²
- Salud: "Capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda sus necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia".¹²

- Enfermería: *“La función propia de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su estado de salud o recuperación (o la muerte en paz), actividades que la persona realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario; todo esto debe hacerse de manera que se ayude a la persona a ganar independencia lo más rápido posible”* (Henderson, 1966). Además, el concepto de cuidados enfermería gira alrededor de una visión humanista de la persona, que Henderson concibe como ser biológico, psicológico y social.¹³

Supuestos Principales.

- La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.
- La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo
- Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones teóricas.

- Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- La enfermera como sustituta del paciente: se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.
- Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo.

- Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Asunciones Científicas o Postulados.

Representan el “cómo hacer” del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

Asunciones Filosóficas o Valores.

Representan el “por qué hacer” del modelo. Son las creencias sobre la naturaleza del ser humano y la meta final de la profesión enfermera:

- La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.
- Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.

- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle (utilidad social de la enfermería).

Fuentes de la dificultad.

Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia.

- Los **conocimientos** se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.
- La **fuerza** puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones. En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.
- La **voluntad** implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

La intervención de la enfermera.

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad).

Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

Conceptos.

Las necesidades humanas aunque no esté claramente especificado en los escritos de Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

De manera especial afecta a los cuidados: la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

- Las 14 necesidades.

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.¹⁴

- Cuidados básicos.

Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Es cualquier cuidado enfermero, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona.¹⁵

- Independencia.

“Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud”.¹²

- Dependencia.

“Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad”.¹²

- Continuum Independencia – Dependencia.

No basta con descubrir la dependencia de la persona cuidada; es necesario determinar su nivel para planificar las intervenciones necesarias. Existen diversos grados de dependencia/independencia. El nivel de dependencia varía según la importancia de la ayuda que requiere una persona para satisfacer sus necesidades. Para distinguir mejor estos niveles se sitúan en un continuo, el cuadro está dividido en seis niveles. Que van del 0 en donde el cliente es independiente hasta el 6 donde

señala una gradación progresiva de la dependencia de la persona. Imagen 1. Midiendo a su vez el grado de dependencia donde se valora la dependencia, crónica, transitoria, ligera y total, dándole un valor dependiendo de la valoración del paciente y sus requerimientos.¹⁶, Imagen 2

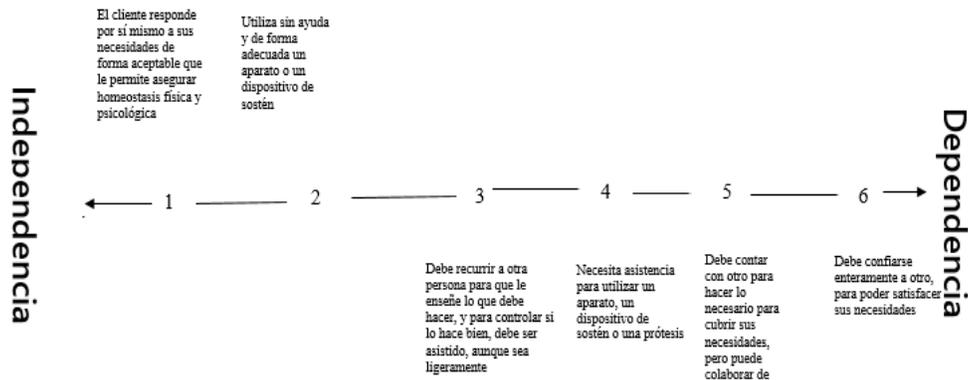


Imagen 1: Continuum Independencia – Dependencia.

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



Imagen 2: Gráfica de grado de dependencia.

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

4.2 Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Enfermería (PAE), nace de la necesidad de las enfermeras de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la disciplina, de forma oportuna, dinámica y medible.

El PAE, como herramienta fundamental para brindar cuidado de calidad al paciente, familia y comunidad, está sustentado en bases científicas que permiten identificar el estado de salud del paciente, sus necesidades o problemas de salud reales o de riesgo, y proporcionar los cuidados específicos para solucionar los problemas identificados durante la valoración del paciente.¹⁷

Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.¹⁸ El formato del PES fue publicado por primera vez por la Dra. Marjory Gordon, fundadora y ex presidente de la NANDA-I.

Para el desarrollo del cuidado de enfermería se requieren procesos organizados y sistemáticos, abordados desde el desarrollo teórico y aplicado durante la práctica clínica.¹⁹

El PAE Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud.²⁰

El PAE exige del profesional: habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros

profesionales de la salud. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.²¹

Objetivos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o tratar la enfermedad.

Características.

- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.²²

El PAE está constituido por cinco etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Las etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, están íntimamente relacionadas, implica una actuación constante reflexiva para cubrir las necesidades de la persona desde su dimensión física, biológica, psicológica, social, cultural y espiritual.²³

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

Primera etapa: Valoración.

Consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas, permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado.¹⁹

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información.

Etapas de la valoración enfermera

1. Recogida de datos. Se realiza mediante la entrevista, el examen físico y la observación. En esta fase recogemos toda la información necesaria para poder identificar el problema, las causas, las posibles variables o interferencias en el mismo y el marco de actuación que nos queda para solucionarlo. El objetivo es reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona que se está valorando,
 - Métodos para la recogida de información:
 - Entrevista. Es una técnica indispensable en la valoración, en donde se obtienen datos subjetivos acerca de los problemas de salud.
 - Observación. Este método comienza en el momento del primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente. Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente y del entorno, como de cualquier otra fuente significativa.

- Exploración física. Es otra técnica que nos va a aportar gran cantidad de datos.

Técnicas de la exploración:

- * Inspección: es el examen visual, cuidadoso y global del paciente.
 - * Palpación: Consiste en la utilización del tacto. Para determinar ciertas características de la estructura corporal.
 - * Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
 - * Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.
2. Validación/Verificación de los datos. Consiste en confirmar que los datos obtenidos en la etapa anterior son ciertos, con el fin de evitar conclusiones precipitadas que puedan llevar a un error en el diagnóstico. Se consideran datos verdaderos los datos objetivos, es decir, aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa.
 3. Registro de la información. El registro consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida.

Tipos de valoración.

- Valoración inicial: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.
- Valoración continua o posterior. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.
- Valoración exhaustiva: encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- Valoración focalizada: en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

Tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente.
- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente.
- Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.²²

Fuentes de información.

- Fuente Primaria: Se obtienen de la propia persona, a través de la entrevista, examen físico y observación. La entrevista es un método de comunicación que constituye una técnica de observación, se plantean preguntas directas y se da la oportunidad de expresar libre y espontáneamente sus sentimientos, percepción de la situación y preocupaciones.
- Fuente secundaria: Se obtiene de familiares o integrantes del entorno de persona enferma así como los datos registrados en la historia clínica actual.

Segunda etapa: Diagnóstico.

Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en las necesidades alteradas, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería. Los diagnósticos se crearon desde los años 60, cuando Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos; en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).²⁰ El formato "PES" es un acrónimo que significa problema, etiología (factores relacionados) y signos/síntomas (características definitorias). El formato del PES fue publicado por primera vez por la Dra. Marjory Gordon, fundadora y ex presidente de la NANDA-I.

El diagnóstico es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales, que requiera de la intervención de

enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo y proporciona la base para elegir las intervenciones para conseguir resultados.²²

Los pasos de esta fase son:

- Identificar, priorizar y registrar los problemas dependientes y los diagnósticos enfermeros que se derivan del análisis de los datos de la valoración.
- Revisar y actualizar los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros en función de los cambios en el estado de salud del paciente, detectados a partir de la valoración continua y el análisis de los datos.
- Los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros se reformulan con base en la evolución del paciente.

Tipos de diagnósticos.

- Real: Describe un juicio clínico. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas o manifestaciones clínicas (S).
- De riesgo: No existe un problema; pero hay factores de riesgo que indican la probabilidad de que se presente un problema. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: Describe las respuestas humanas al bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar y alcanzar un mayor grado de bienestar. No contienen factores relacionados.
- Posible: Describen un problema sospechado, son insuficientes las pruebas de que existe un problema de salud se necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).^{22, 23}

Directrices para la redacción de un diagnóstico de enfermería.

- Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del niño en lugar de las necesidades de la enfermera.

- Usar *relacionado con* en lugar de *debido a*, o *causado por*, para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
- Redactar los diagnósticos en términos legalmente aconsejables.
- Redactar los diagnósticos sin juicios de valor
- Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
- Los enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo
- Expresar el factor relacionado con términos que se puedan modificar.
- No incluir diagnósticos médicos en los diagnósticos de enfermería.
- Exponer el diagnóstico de forma clara y precisa.²⁴

Tercera etapa: Planeación.

Una vez concluida la valoración e identificadas las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.^{20, 23}

Etapas en la planeación.

- Establecer y jerarquizar prioridades en los cuidados: Existen varios métodos para fijar prioridades:
 - Prioridad alta: problemas que amenazan la vida.
 - Prioridad media: problemas que amenazan la salud, como las enfermedades agudas y las de menor capacidad de afrontamiento.
 - Prioridad baja: necesidades de desarrollo normales o que requieren un mínimo apoyo de enfermería.²⁵
- Planteamiento de los objetivos con resultados esperados. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico (Problema).

➤ Tipos de objetivos:

- Objetivos del paciente: se proponen para los diagnósticos de enfermería. La enfermera es responsable de que el problema del paciente se resuelva y responde del estado final que se alcanzará después de su intervención.
- Objetivos de la enfermera: se proponen para los problemas de colaboración. Se centran en las acciones que ha de realizar la enfermera para mantener o controlar el estado del problema interdependiente, pero una vez se produce éste, la responsabilidad de su resolución es principalmente del otro profesional con el que colabora, quien tiene como objetivo devolver al paciente al estado de normalidad fisiológica.

➤ Formulación de los objetivos/resultados esperado. Para formular correctamente el objetivo, es preciso tener en cuenta los siguientes cinco componentes:

- Sujeto: quién es la persona que logra el resultado.
 - Verbo: qué acciones debe realizar para lograr el resultado.
 - Condición: bajo qué circunstancias va a realizar las acciones.
 - Criterio: en qué medida tiene que realizar las acciones.
 - Momento específico: cuando se espera que se realicen.²⁵
- Elaboración de las intervenciones de enfermería: Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería.²³ Las intervenciones de Enfermería tienen tres dimensiones.
 - Independientes: Acciones que son responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.
 - Dependiente: Problemas que son responsabilidad directa del médico.

- Interdependiente: Situaciones en donde se colaboran con otros profesionales de la salud.²⁰

Tipos de planeación.

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continúa hasta que finaliza la relación profesional de enfermería-paciente, habitualmente cuando el centro de asistencia sanitaria da el alta al paciente.

- Planeación inicial.

Debe iniciarse tan pronto como sea posible tras la valoración inicial, especialmente debido a la tendencia a acortar las estancias hospitalarias.

- Planeación continuada:

A medida que los profesionales de enfermería van obteniendo nueva información y van evaluando las respuestas del paciente a los cuidados.

- Planeación del alta.

Proceso que prevé y planifica las necesidades tras el alta, es una parte esencial de los cuidados integrales de la salud y debe abordarse en cada plan de cuidados del paciente.

- Intervenciones NIC.

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería. Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades.

Cuarta etapa: Ejecución.

Es en esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades:

- Preparación para la acción

Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior.

- Determinar si son apropiadas en la situación actual del usuario
- Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles.
- Realización de las actividades

Este paso comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

- Registro de la actuación

La enfermera debe anotar en la historia del paciente tanto la ejecución de la actividad como la respuesta a éste.

Los registros efectivos muestran evidencias de lo siguiente:

- Valoración inicial y valoraciones posteriores.
- Situación de los problemas del paciente.
- Intervenciones y cuidados enfermeros realizados.
- Respuesta o resultados de los cuidados.
- Atención prestada específicamente a la seguridad.
- Capacidad de la persona para manejar los cuidados requeridos tras el alta.

El profesional de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. Se realizarán todas las intervenciones dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo. Se requiere conocimientos que le permitirá desarrollar destrezas y habilidades, identificar complicaciones más habituales asociadas a la realización de las actividades.²³

Quinta etapa: Evaluación.

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.^{20, 23}

El proceso de evaluación consta de tres partes

- La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
- Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
- La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.²³

La evaluación debe ser interpretada, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.²²
- Formas de evaluación.

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: estructuras, proceso y resultado. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, concurrente (presente) y retrospectiva (pasada).

Estructura	Proceso	Resultado
Propósito. La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente.	La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.	La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería.
Instrumentos o medios. Forma de la comisión de la junta sobre hospitales.	Escalad de clasificación de competencia de enfermería.	Sistema de Wisconsin Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.
Auditorias.	Escala de la calidad de cuidados de enfermería.	
Fuentes de datos. Manuales de procedimientos Enunciados de la política de la institución Descripción de posiciones Planes de atención de enfermería	Concurrente La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades La grafica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas.	Concurrente El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.
Planes de orientación y planes de servicio Nivel educativo del personal Instalaciones y equipo disponibles Gráficas y kardex	Retrospectivo La grafica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar	Retrospectivo La grafica cita la evidencia de los cambios en la conducta, destreza y los conocimientos del paciente.

- Estructura.

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas equipo u patrón de organización del centro de salud. Ejemplos de la evaluación de la estructura son las auditorías de enfermería por parte de organizaciones específicas. La mayor parte de los hospitales han establecido lineamientos para evaluar la estructura.

- Proceso

La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución.

La *evaluación concurrente* del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento en que tiene lugar.

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

- Resultado

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

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

La *evaluación retrospectiva* del resultado examina la gráfica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de enfermería. La evaluación del resultado es la más difícil de redactar y es la forma menos desarrollada en la profesión de enfermería, sin embargo es la más significativa para juzgar la eficacia de las intervenciones de la

enfermera. Finalmente la profesión desarrollara una taxonomía de criterios o normas pertinentes a los resultados para evaluar las acciones de enfermería.

- Evaluación formativa y acumulativa

La *evaluación formativa* es progresiva juzgando cada etapa del plan conforme se realiza, para medir el progreso del paciente hacia el logro de objetivos; cuando el plan es implementado la enfermera evalúa la respuesta del paciente para determinar la eficacia del plan o la necesidad de un cambio.

La *evaluación acumulativa* describe el progreso o la falta de progreso del paciente. Se describe después de que se han realizado varios objetivos; en ocasiones los objetivos son inadecuados o los recursos no están disponibles y aunque los objetivos se hayan alcanzado, el paciente no ha logrado la meta.²⁶

- Asociación de los Diagnósticos con los Criterios de Resultado y las Intervenciones.

El enlace de los Diagnósticos con los Criterios de Resultado y las Intervenciones enfermeras, nos dará el Ciclo completo del PAE.

Las interrelaciones entre las etiquetas diagnosticas NANDA, los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC, no son más que la relación entre el problema, real o potencial que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución del problema. La última fase en la elaboración de los Planes de Cuidado es la asociación de los conceptos NANDA-NOC-NIC y la forma de utilizarlos.

* Resultado NOC

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios

modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería. Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas. El Indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

Los Criterios de Resultado, deben de dar a los profesionales de enfermería la oportunidad de evaluar los resultados que dependen de la práctica enfermera y éstos se pueden utilizar en la práctica, en la investigación y en la formación de futuros profesionales.²⁷

Relación entre el modelo de Virginia Henderson y el proceso de atención de enfermería.

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.¹⁴

La implementación del PE permite a los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados necesarios tanto a nivel biomédico, como de respuestas humanas y necesidades generadas a partir de la situación de salud. Las ventajas demostradas de la utilización del PE en la práctica asistencial son múltiples.

- Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente.
- Delimita el ámbito de actuación de enfermería.
- Demuestra el impacto de la práctica enfermera.
- Facilita y fomenta la investigación en enfermería, con lo que se incrementan los conocimientos, el desarrollo de las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.

- Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar.
- Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales
- Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, manteniendo siempre vigente el factor humano en los cuidados.
- Implica de forma activa a la persona y/o familia en los cuidados aumentando sus capacidades para el autocuidado y autonomía.¹⁵

El Proceso de enfermería permite determinar las respuestas humanas a situaciones de salud y planificar intervenciones de enfermería para la recuperación de salud, por lo que se debe de adoptar un marco que guíe y oriente la actuación del profesional, es decir necesita aplicar un marco conceptual teórico-metodológico fundamentado en una filosofía, una teoría o un modelo de enfermería, se busca la integración, que explore las áreas de dependencia del individuo para poder formular un diagnóstico, diseñar los resultados esperados, las intervenciones de enfermería y poder evaluar los alcances y limitaciones, que garanticen un cuidado integral, resolutivo, preventivo, enfocado en garantizar la calidad y seguridad.¹⁵

4.3 Relación de conceptos del Proceso de Atención de Enfermería y Virginia Henderson

El profesional de enfermería elabora un proceso de atención de enfermería con cada uno de los pacientes, con el fin de planear el cuidado que se le va a brindar; esté se puede elaborar con apoyo de un modelo como es el de Virginia Henderson para estructurar de mejor manera las intervenciones que se le brindaran; toda actividad de enfermería debe llevarse a cabo mediante la aplicación de aspectos éticos y legales que rigen a la enfermería durante su atención y está plasmado en un decálogo de ética para enfermeras y enfermeros, y de esta manera asegurar una práctica con calidad humana. Teniendo estos aspectos en cuenta se realiza la valoración de enfermería a cada uno de los pacientes. Henderson, en su teoría menciona que al valorar al paciente se debe evaluar a la persona, su entorno, su proceso de salud biológico, fisiológico y social; valorando así 14 necesidades básicas que el paciente debe satisfacer para llegar a ser independiente, o brindarle atención de enfermería ya sea de acompañamiento, de suplencia o ayuda en las necesidades que estén en dependencia y que por falta de fuerza, voluntad y conocimiento el paciente no las puede satisfacer; o si es el caso, acompañarlo en una muerte digna. Ya que se realiza la valoración de las 14 necesidades se realizan diagnósticos de enfermería y se jerarquizan con base a la necesidad con mayor dependencia y se elegirá el tipo de relación de enfermera (acompañamiento, suplencia, ayuda); dichos diagnósticos se formulan y clasifican como reales, de riesgo, de salud o interdependientes; para realizar planes de cuidados de enfermería y lograr los objetivos planeados. (Ver Cuadro 1).

4.4 Aspectos Éticos del cuidado de Enfermería.

- **Ética.**

Ética proviene del griego *ethos* que significa estancia o lugar donde se habita y *bios* de vida.²⁸ Tiene como objeto de estudio la moral y la acción humana. Una doctrina ética elabora y verifica afirmaciones o juicios. Esta sentencia ética, juicio moral o declaración normativa es una afirmación que contendrá términos tales como 'malo', 'bueno', 'correcto', 'incorrecto', 'obligatorio', 'permitido', etc, referido a una acción o decisión. Cuando se emplean sentencias éticas se está valorando moralmente a personas, situaciones, cosas o acciones. La ética estudia la moral y determina qué es lo bueno y, desde este punto de vista, cómo se debe actuar. Es decir, es la teoría o la ciencia del comportamiento moral. La ética pretende examinar, observar y relativizar las propias acciones. El papel que desempeña la ética en los Estados de derecho es el de ayudar al justo cumplimiento y aplicación de las leyes. Su principal cometido es la de trabajar sobre unas normas que no son leyes y de una responsabilidad que nada tiene que ver con la jurídica. Por otra parte, la ética presenta parámetros que catalogan las conductas del ser humano para bien o para mal, con respecto al medio en que se desarrolla (su entorno). La ética representa para el ser humano, el comportamiento en su alrededor que le permite determinar si su conducta y sus acciones son de carácter bueno o malo, es para cada quien un criterio diferente el termino ética, pero todo radica en la voluntad.²⁹

- **Bioética**

La Bioética es la rama de la ética que aspira a proveer los principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico. Etimológicamente proviene del griego *bios* y *ethos*: "ética de la vida", la ética aplicada a la vida humana. En un sentido más amplio, la Bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas morales que tienen que ver con la vida en general. La bioética abarca las cuestiones éticas acerca de la vida que surgen en las relaciones entre biología, medicina, política, derecho, filosofía, sociología, antropología, teología. Algunos bioéticos tienden a reducir el ámbito de la ética a la moralidad en tratamientos

médicos o en la innovación tecnológica. Otros, sin embargo, opinan que la ética debe incluir la moralidad de todas las acciones que puedan ayudar o dañar organismos capaces de sentir miedo y dolor. El criterio ético fundamental que regula esta disciplina es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona.²⁷

- **Código de ética.**

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. El Concejo Internacional de Enfermería (CIE) emite un código de ética y los países del mundo lo retoman, así podemos observar que casi todos los códigos de ética de enfermería aplican los mismos aspectos, y existen algunos que especifican minuciosamente el comportamiento. En marzo del año 2001, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Interinstitucional de enfermería, consientes que el personal de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y morales para regular su comportamiento, instituye un código ético para resaltar los valores heredados, y hasta el momento identificados en la tradición humanista, un código que resalta los atributos y valores congruentes con la profesión, y asumidos por el CIE. Así, desde el 2001, se socializó en la comunidad nacional de enfermería el Código de Ética para la práctica de la Enfermería Mexicana. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.³⁰ Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las

leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.³¹ También, aborda cuestiones sociales como, mejorar las necesidades sanitarias y de la comunidad, los criterios de eutanasia y otras, como las directrices éticas, para la investigación.³²

- Principios éticos de la enfermería.

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

- Beneficencia y no maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada, evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona.
- Justicia: La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.
- Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.
- Valor fundamental de la vida humana: Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción

dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida.

- Privacidad: El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.
- Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.
- Veracidad: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.
- Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

- **Solidaridad:** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.
 - **Tolerancia:** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.
 - **Terapéutico de totalidad:** Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.
 - **Doble efecto:** Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.
- **Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.**

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.³³

4.5 Generalidades del crecimiento y desarrollo en el lactante menor.

- Crecimiento y desarrollo.

El crecimiento y el desarrollo del niño son dos fenómenos íntimamente ligados. Sin embargo conllevan diferencias que es importante precisar. Se entiende por *crecimiento* un aumento progresivo de la masa corporal, tanto por el incremento del número de células como por su tamaño. El crecimiento conlleva un aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de las partes que lo conforman. Este proceso se inicia en el momento de la concepción del ser humano y continúa a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. El crecimiento es inseparable del desarrollo y, por lo tanto, ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. El *desarrollo* implica la diferenciación y madurez de las células y se refiere a la adquisición de destrezas y habilidades en varias etapas de la vida. El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano. Es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, el psicológico, el cognoscitivo, el nutricional, el ético, el sexual, el ecológico, el cultural y el social.³⁴

- Lactante menor

Durante la lactancia, el período de 1 mes a 1 año, ocurren un crecimiento y cambio físicos rápidos. Éste es el único período que se distingue por drásticos cambios físicos y marcado desarrollo. Los avances del desarrollo psicosocial están ayudados por la progresión desde la conducta refleja hasta la más intencionada. La interacción entre los lactantes y el entorno es mayor y más significativa para el lactante.³⁵

- Cambios físicos del Lactante menor. De un mes a un año.

❖ Peso

- De 1 a 6 meses aumenta aproximadamente 600 g.
- De 6 a 12 meses aumenta cerca de 300 g.

❖ Talla

- De 1 a 6 meses crece 2.5 cm por mes.

- De 6 a 12 meses crece 1.25 cm por mes.
- ❖ Signos vitales
 - Frecuencia cardiaca: 110 latidos/min.
 - Frecuencia respiratoria: de 30 a 35 latidos/min.
 - Temperatura: de 36.8 a 37.2 °C.
 - Presión arterial: 90/50 mm Hg
- ❖ Cabeza: Fontanela posterior cerrada, casi a punto de fusionarse con la anterior. Cabello uniforme, sedoso. Incremento promedio del perímetro cefálico:
 - 0 a 3 meses: 5 cm.
 - 3 a 6 meses: 4 cm.
 - 6 a 9 meses: 2 cm.
 - 9 a 12 meses: 1 cm.
- ❖ Piel: Se inicia la secreción de glándulas sudoríparas, que ayudan a regular la temperatura corporal.
- ❖ Ojos: El lactante menor tiene excelente visión periférica, pero la mácula encargada de la visión central se va desarrollando alrededor de los seis meses. Movimientos oculares coordinados; al término del primer año, los movimientos de los músculos oculares tienen su función completa.
- ❖ Oreas: Pabellón auricular flexible, cartílago presente, bien implantado y simétrico. Respuesta auditiva presente.
- ❖ Nariz: Observar la forma y tamaño de la nariz.
- ❖ Boca: La erupción dentaria se da entre los 5 y 6 meses; primero los incisivos centrales inferiores, seguidos de incisivos centrales superiores.
- ❖ Cuello: Cilíndrico, ganglios linfáticos palpables no edematosos.
- ❖ Tórax: Latidos cardiacos rítmicos. Campos pulmonares ventilados.
- ❖ Abdomen: Blando, depresible, peristaltismo presente, no doloroso.
- ❖ Genitales: femeninos Íntegros, acordes con sexo y edad; masculinos Íntegros acordes con sexo y edad.
- ❖ Extremidades Simétricas.

- Áreas de desarrollo

- ❖ Desarrollo motor. Los actos voluntarios reemplazan a los actos automáticos (reflejos). En esta etapa, el lactante desarrolla destrezas que son consecuencia de la maduración del SNC, del sistema muscular y esquelético.
- ❖ Habilidades de motricidad gruesa. Postura, equilibrio y marcha. Primero logran controlar los músculos faciales, luego los músculos del cuello y, por último, las extremidades inferiores y de los pies.
- ❖ Habilidades de motricidad fina. Prensión de objetos y su manipulación. La prensión palmar inmadura, en donde utiliza toda la mano, se sustituye poco a poco por la pinza, en donde sólo incluye el pulgar e índice.
- ❖ Habilidades sensoriales:
 - Lenguaje: Durante el primer año de vida, el lenguaje en el lactante menor es de gran importancia, ya que necesita comunicarse con su medio externo. Llorar, sonreír y vocalizar son algunas de las formas de comunicación. Presta atención a sonidos fuertes; se tranquiliza ante la voz de su madre; trata de localizar los sonidos, y poco a poco va desarrollando su propio lenguaje.
 - Audición: Desde el momento del nacimiento, el recién nacido escucha; responde a estímulos sonoros intensos de su entorno con llanto o un parpadeo. A los tres meses de edad, el lactante ya gira su cabeza hacia el lugar donde proviene el sonido; al año de edad, esta habilidad se perfecciona.
 - Visión. La visión se desarrolla con rapidez en la infancia. La luz atrae su mirada, fija los ojos en objetos que se encuentran en su campo visual, muestra interés por la cara humana. Más o menos a los tres meses es capaz de girar su cabeza para seguir con su vista uno objeto.
- ❖ Nivel adaptativo, social. Con la mezcla de todas estas habilidades, poco a poco el lactante va configurando su personalidad, sentimientos, carácter, autoestima, independencia y autonomía. ³⁶

- Cambios específicos de 3–6 MESES

- Motricidad fina: Dobra los dedos activamente alrededor de un juguete cuando lo toca. Se lleva el juguete a la boca cuando está acostado sobre la espalda. Juega con sus manos en la línea media del cuerpo. Lleva ambas manos hacia el juguete cuando está acostado sobre la espalda.
- Motricidad gruesa: Se voltea del abdomen a la espalda. Se voltea de la espalda al abdomen. Cuando juega boca abajo, hace movimientos de natación. Cuando juega boca abajo, empuja hacia arriba con los brazos para apoyar los codos.
- Lenguaje receptivo: Demuestra miedo ante una voz de enojo, sonrío y ríe ante una voz “agradable”, gira la cabeza hacia el sonido y la voz humana
- Lenguaje expresivo: Balbucea repitiendo series del mismo sonido, se ríe durante el juego, cambia los sonidos con las posiciones del cuerpo.³⁷

- Cambios físicos

El crecimiento estable y proporcional del lactante es más importante que los valores absolutos de crecimiento. Las gráficas de las medidas de crecimiento normales relacionadas con la edad y el sexo permiten comparar el crecimiento con las normas de un niño de su edad. Las medidas registradas durante tiempo son la mejor manera de controlar el crecimiento e identificar problemas. El tamaño aumenta rápidamente durante el primer año de vida; el peso de nacimiento se dobla en aproximadamente 5 meses y se triplica antes de los 12 meses. La altura aumenta en un promedio de 2,5 cm durante cada uno de los primeros 6 meses.

A lo largo del primer año la vista y el oído del lactante continúan desarrollándose. Algunos lactantes de 3 meses y medio pueden vincular estímulos visuales y acústicos. Los patrones de las funciones corporales también se estabilizan, como indican los hábitos previsibles de sueño, eliminación y alimentación. Algunos reflejos que están presentes en el recién nacido tales como parpadear, bostezar y

toser permanecen a lo largo de la vida; mientras que otros como agarrar, reflejo de búsqueda, chupar, y el reflejo de Moro o de sobresalto desaparecen después de varios meses.

Las habilidades motoras gruesas implican actividades musculares grandes y están normalmente controladas estrechamente por los padres, quienes informan fácilmente de los hitos logrados recientemente. Los recién nacidos pueden mantener sus cabezas levantadas sólo momentáneamente, pero al llegar a los 4 meses a la mayoría de los lactantes no se les cae la cabeza hacia atrás. El mismo desarrollo rápido es evidente mientras que los lactantes aprenden a sentarse, a estar de pie y luego a andar. Las habilidades motoras finas implican movimientos corporales pequeños y son más difíciles de lograr que las habilidades motoras gruesas. La madurez de la coordinación ojo-mano sucede durante los 2 primeros años de vida a medida que los lactantes avanzan de poder agarrar brevemente un sonajero a los 2 meses a dibujar un arco con un lápiz antes de los 24 meses.

- **Cambios cognitivos**

El complejo desarrollo cerebral durante el primer año se muestra por las conductas cambiantes del lactante. A medida que recibe estimulación a través de los sentidos en desarrollo de la vista, el oído y el tacto, el cerebro en desarrollo interpreta los estímulos. Por consiguiente, el lactante aprende experimentando y manipulando el entorno. Las habilidades motoras en desarrollo y la movilidad en aumento expanden el entorno del lactante y, con las habilidades visuales y auditivas en desarrollo, mejora el desarrollo cognitivo.

Lenguaje. El habla es un importante aspecto de la cognición que se desarrolla durante el primer año. Los lactantes evolucionan desde llorar, arrullar y reír hasta imitar sonidos, comprendiendo el significado de órdenes simples y repitiendo palabras con conocimiento de su significado. Antes de 1 año los lactantes no sólo reconocen sus propios nombres sino que pueden decir tres o cuatro palabras y comprender casi 100 palabras.

- **Cambios psicosociales**

Los lactantes de 2 a 3 meses de edad comienzan a sonreír como respuesta más que de una manera refleja. De la misma manera reconocen diferencias en las personas cuando sus capacidades sensoriales y cognitivas mejoran. Antes de los 8 meses la mayoría de los lactantes pueden diferenciar a un extraño de una persona de la familia y responden a los dos de manera diferente. La vinculación estrecha a sus cuidadores principales, más frecuentemente los padres, se da normalmente antes de esta edad.

Juego. El juego proporciona posibilidades para el desarrollo de las capacidades cognitivas, sociales y motoras. Gran parte del juego de los lactantes es exploratorio en tanto que los lactantes usan sus sentidos para observar y examinar sus propios cuerpos y objetos de interés a su alrededor. Los adultos facilitan el aprendizaje de los lactantes planificando actividades que promuevan el desarrollo de hitos y proporcionando juguetes que son seguros para que los lactantes exploren con la boca y manipulen con las manos, tales como sonajeros, bloques de madera, anillos de plástico apilables, animales de peluche compresibles y cajas didácticas.³⁴

4.6 Factor de Dependencia: Comunicación Interventricular.

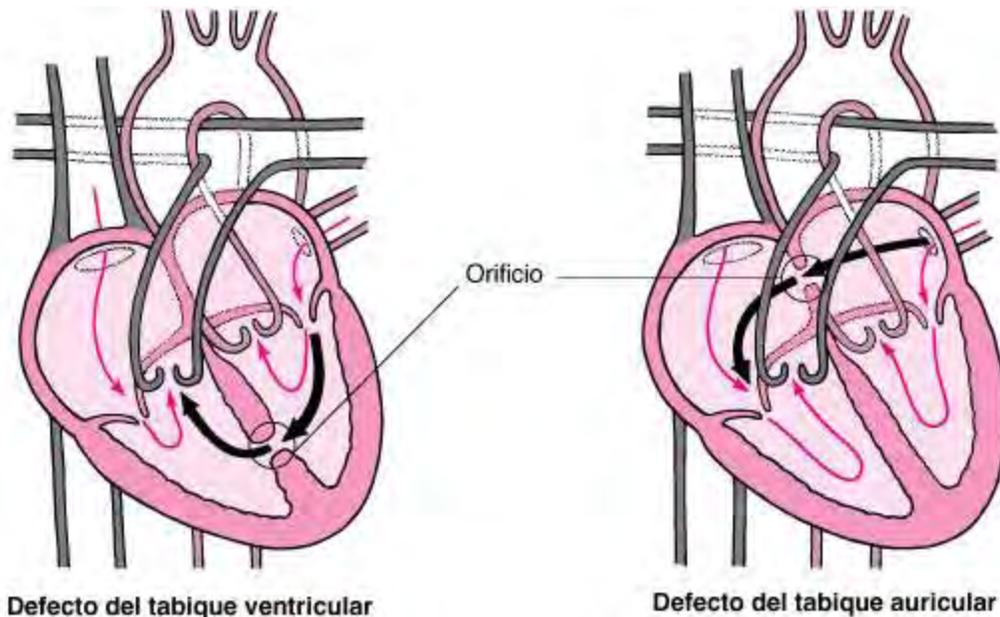
La comunicación interventricular es la lesión intracardiaca más frecuente reportada en casuísticas extranjeras y ocupa el 2º lugar en México después del conducto arterioso. En el HIMFG ocupó el primer lugar en frecuencia en el grupo de cardiopatías corregidas a corazón abierto.³⁸

La comunicación interventricular (CIV) es un defecto que se produce durante el embarazo si la pared que se forma entre los dos ventrículos no se desarrolla completamente y queda un orificio en ella. La comunicación interventricular es un tipo de defecto de nacimiento, o congénito, del corazón.

En la CIV la sangre frecuentemente fluye del ventrículo izquierdo al ventrículo derecho a través del defecto en el septo, y de allí a los pulmones. Esta cantidad extra de sangre que el corazón bombea a los pulmones, hace que tanto el corazón

como los pulmones se esfuerzan más. Con el tiempo, si el defecto no se repara, puede aumentar el riesgo de que se presenten otras complicaciones, como insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar, arritmias o accidente cerebrovascular.³⁹

Imagen 3: Defectos en el tabique auricular y ventricular.³⁸



- **Tipos de comunicación interventricular**

1. **Comunicación interventricular infundibular**
En general, este es un orificio en donde partes del septo ventricular deben unirse, justo debajo de las válvulas pulmonar y aórtica.
2. **Comunicación interventricular perimembranosa**
Este es un orificio en la sección superior del septo ventricular.
3. **Comunicación interventricular del septo de entrada**
Este es un orificio en el septo, cerca de donde la sangre entra a los ventrículos a través de las válvulas tricúspide y mitral. Este tipo de comunicación interventricular también puede ser parte de otro defecto cardíaco llamado comunicación auriculoventricular.
4. **Comunicación interventricular muscular**
Este es un orificio en la parte inferior, muscular del septo ventricular y es el tipo más común de comunicación interventricular.

- **Causas y factores de riesgo**

Las causas de los defectos cardíacos (como la comunicación interventricular) no se conocen, pero está relacionado a los genes o cromosomas del recién nacido. También se cree que los defectos cardíacos son causados por una combinación de genes y otros factores de riesgo, como los elementos con los que entra en contacto la madre dentro del ambiente, lo que come o bebe, o los medicamentos que usa.⁴⁰

- **Fisiopatología**

La magnitud de la CIV depende del tamaño de la comunicación y la resistencia corriente abajo (es decir, obstrucción del tracto de salida pulmonar y resistencia vascular pulmonar). La sangre fluye fácilmente a través de los defectos más grandes, que se denominan no restrictivos; la presión se iguala entre los ventrículos derecho e izquierdo y hay un gran cortocircuito izquierda a derecha. Asumiendo que no haya estenosis pulmonar, a lo largo del tiempo un cortocircuito importante causa hipertensión pulmonar, aumento de resistencia vascular pulmonar, sobrecarga de presión ventricular derecha e hipertrofia del ventrículo derecho. Por último, la mayor resistencia vascular pulmonar causa inversión de la dirección del cortocircuito (del ventrículo derecho al izquierdo), con el consiguiente síndrome de Eisenmenger.

Defectos más pequeños, también conocidos como comunicación interventricular restrictiva, limitan el flujo de sangre y la transmisión de alta presión al lado derecho del corazón. Estas comunicaciones interventriculares producen un cortocircuito izquierda-derecha relativamente pequeño, y la presión en la arteria pulmonar es normal o mínimamente elevada. No provocan insuficiencia cardíaca (IC), hipertensión pulmonar ni síndrome de Eisenmenger.

- **Signos y síntomas**

Los síntomas dependen del tamaño de la comunicación y la magnitud del cortocircuito izquierda-derecha. Los niños con una CIV pequeña suelen ser asintomáticos y su crecimiento y desarrollo son normales. En aquellos con una

comunicación más grande, aparecen síntomas de IC (p. ej., dificultad respiratoria, escaso aumento de peso, cansancio después de alimentarse) a las 4-6 semanas, cuando cae la resistencia vascular pulmonar. Puede haber infecciones frecuentes de las vías respiratorias inferiores. Los hallazgos auscultatorios varían según el tamaño del defecto. Por lo general, las CIV pequeñas provocan soplos que varían de uno sistólico corto, agudo, a un soplo holosistólico en la parte inferior del borde esternal izquierdo; este soplo es audible poco después del nacimiento. El precordio no es hiperactivo, y el segundo ruido cardíaco (S2) se desdobra normalmente y tiene intensidad normal. Las CIV de moderadas a grandes provocan un soplo holosistólico que está presente a las 2-3 semanas de vida; por lo general, el S2 presenta desdoblamiento estrecho con refuerzo del componente pulmonar. Puede haber un retumbo diastólico (por aumento del flujo a través de la válvula mitral) y signos de IC (p. ej., taquipnea, disnea durante la alimentación, retraso del crecimiento, galope, estertores crepitantes, hepatomegalia). En las comunicaciones interventriculares de alto flujo moderadas, el soplo es a menudo muy fuerte y se acompaña de frémito (soplo grado 4 o 5). En caso de defectos grandes, se igualan las presiones ventricular izquierda y ventricular derecha, y, a menudo, el soplo sistólico está atenuado.³⁸

El tamaño de la comunicación interventricular influirá en los síntomas que habrá presentes. Los signos de este defecto cardíaco podrían estar presentes desde el nacimiento o podrían no aparecer hasta mucho después. Si el orificio es pequeño, generalmente se cerrará solo. Sin embargo, si el orificio es grande, podría tener síntomas como:

- Dificultad para respirar.
 - Respiración fuerte o acelerada.
 - Sudoración.
 - Cansancio durante la alimentación.
 - Poco aumento de peso.
- **Diagnóstico.**

La comunicación interventricular generalmente se diagnostica después del nacimiento. Durante el examen físico, el médico podría oír el distintivo sonido silbante que se llama soplo.³⁸

Si la CIV es grande, la radiografía de tórax muestra cardiomegalia y aumento de la trama vascular pulmonar. El ECG revela hipertrofia ventricular derecha o hipertrofia ventricular combinada y, en ocasiones, hipertrofia auricular izquierda. Por lo general, el ECG y la radiografía de tórax son normales si la CIV es pequeña.

La ecocardiografía bidimensional con estudios de flujo Doppler color confirma el diagnóstico y puede aportar información anatómica y hemodinámica importante, como la localización y el tamaño de la comunicación y la presión ventricular derecha. Rara vez, se requiere cateterismo cardíaco.³⁸

- **Tratamientos**

Las CIV pequeñas, en particular comunicaciones musculares, suelen cerrarse espontáneamente durante los primeros años de vida. Una comunicación pequeña que permanece abierta no requiere tratamiento médico ni quirúrgico. Es menos probable que las comunicaciones más grandes se cierren espontáneamente.

Los diuréticos, la digoxina y los inhibidores de la ECA pueden ser útiles para controlar los síntomas de insuficiencia cardíaca antes de la cirugía cardíaca o contemporizar en lactantes con CIV de tamaño moderado que pueden cerrarse espontáneamente con el tiempo. Si los lactantes no responden al tratamiento médico o tienen escaso crecimiento, a menudo se recomienda la reparación quirúrgica durante los primeros meses de vida. Incluso en niños asintomáticos con CIV grandes se debe hacer reparación quirúrgica, por lo general durante el primer año de vida, para evitar complicaciones posteriores. La tasa de mortalidad quirúrgica actual es < 2%. Las complicaciones quirúrgicas pueden consistir en cortocircuito ventricular residual y/o bloqueo cardíaco completo.

La profilaxis de la endocarditis no es necesaria antes de la cirugía y se requiere sólo durante los primeros 6 meses posteriores a la reparación o si hay una comunicación residual adyacente a un parche quirúrgico.³⁸

V. METODOLOGÍA DEL CASO.

5.1 Métodos e instrumentos utilizados.

Se realizó la selección de un paciente del Hospital Infantil de México del servicio de Pediatría I y II, este servicio está dividido en medicina interna y pacientes de infectología. En la cama 458 a cargo del servicio de Infectología y Cardiología se eligió a la paciente R.C.M., de diagnóstico médico de Comunicación Interventricular, pedimos el consentimiento informado al cuidador primario mediante un formato previamente realizado, donde explica el objetivo de la valoración (Anexo1)

Este estudio de caso está orientado en el Proceso de Atención de Enfermería en el cual se siguen una serie de pasos para completar las 5 etapas del proceso. Para poder estructurar este PAE fue necesaria la obtención de datos, estos se recabaron mediante fuente primaria (paciente) y secundarias (familiar o el expediente clínico). Los métodos para la de obtención de datos fueron la *entrevista* directa con el familiar, la *observación* del estado del paciente y la *exploración física* general y focalizada. El PAE a realizar está orientado con el Modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, estas se evaluaron de manera independiente para conocer el estado físico del paciente.

Se realizó una valoración exhaustiva de la paciente mediante un formato de Historia clínica (Anexo 2), para conocer el estado general de nuestra paciente, esta historia clínica está constituida por 5 apartados:

1. Datos demográficos: se recolectan datos generales, nombre, edad, escolaridad, fecha de nacimiento del paciente, nombres, escolaridad y edad de los padres.
2. Datos familiares: Antecedentes familiares de patologías, características y tipo de vivienda, ingresos económicos familiares, mapa familiar de la paciente describiendo a cada miembro de la familia y la relación que tienen con la paciente.

3. Orientación: En este apartado se analiza si al ingreso hospitalario le enseñaron la dinámica del hospital, como horarios de visita, normas para evitar caídas, etc.
4. Antecedentes individuales: Se describen los antecedentes del nacimiento, de alguna patología anterior o alguna alergia del paciente.
5. Finalmente se recolectan datos de importancia de las valoraciones focalizadas del paciente.

Posteriormente se realizaron 14 valoraciones focalizadas, se recolecto la información mediante el formato de reporte focalizado, el cual se divide en obtención de datos subjetivos, objetivos, habitus exterior, valoración de la necesidad, fuentes de la dificultad, diagnósticos de enfermería y graficas de independencia, dependencia. ^(Anexo 3), las cuales ayudaran a jerarquizar los diagnósticos reales, de riesgo o de salud para poder planear los cuidados que se deberán llevar a cabo para llegar a la dependencia del paciente.

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.

6.1 Descripción del caso.

- Análisis Familiar

Se trata de lactante femenino de 3 meses de edad, es la única hija de Mayra de 19 años, dedicada al hogar, la madre se ha dedicado a cuidar a su hija durante su estancia hospitalaria, su papá es David de 20 años, se dedica a la cosecha de naranja en Veracruz por tal motivo no puede estar cuidando a su hija, ambos con preparatoria incompleta, la madre refiere que su esposo vendrá en Diciembre solo por unos días para ver y estar con su esposa. Mayra y David son originarios de Veracruz y viven en casa de los papás de David, cuenta con todos servicios de agua luz y drenaje, cocinan con leña y aún no llega la pavimentación de las calles, la vivienda cuenta con 4 habitaciones para dormir, 1 para los padres de David, otra para los papas de la paciente, una más para las hermanas y otra para el hermano de David, cohabitan con 2 perros, gallinas, cotorros y tortugas. Los papás de David son Sergio de 50 años y Josefina de 39 años, junto con sus hermanas de David,

María de 12 años, Nadia de 15, que aún continúan estudiando, y Darío de 18 que es comerciante, con preparatoria incompleta. Los padres de Mayra viven en otra población y la única forma de llegar a casa de Mayra es en taxi por tal motivo casi no la visitan. Esta es una familia de tipo biparental en la cual el jefe de la familia es el padre; con Puntuación de Apgar familiar de 17 puntos equivalente a Función familiar normal.

- **Historia de la enfermedad de la paciente.**

La paciente es producto de la primer gesta, la madre se percata de embarazo al 2° mes de gestación, toma ácido fólico a partir del 2° trimestre, niega problemas durante el embarazo, la paciente nació el 10 de Julio del 2017, por parto eutócico a las 36 SDG, no recuerda peso y talla, refiere que la paciente no lloro al nacer y no recuerda si le dieron maniobras avanzadas o aplicación de oxígeno, no recuerda calificación de Apgar y Silverman, el 12 de Julio es dada de alta; ya en su domicilio la madre se percata el 17 de Julio que su hija tiene un color amarillo por lo cual la lleva al Hospital Regional, la ingresaron para tratamiento para hiperbilirrubinemia durando 15 días en hospitalización; la trasladan al Hospital de Poza Rica debido a que le hallaron un soplo cardiaco y la enviaron ahí para su valoración, estuvo hospitalizada durante 20 días más, concluyeron que el tratamiento de la cardiopatía era 100% tratamiento quirúrgico y por tal motivo es referida al Hospital Infantil de México. Los padres traen a la paciente por sus propios medios; el 06 de septiembre del 2017, durante la espera de consulta de cardiología del HIM, la madre relata que le estaba dando pecho y notó que su hija empezó con taquicardia de 195 latidos por minuto, disnea, cianosis generalizada, polipnea de 74 por minuto, disociación toracoabdominal y desaturaciones hasta 72% por lo cual los médicos de cardiología deciden su ingreso al área de terapia intensiva pediátrica: al no mejorar el patrón respiratorio ineficaz deciden colocarle a la paciente ventilación mecánica invasiva mediante una cánula orotraqueal; con apoyo ventilatorio el cual duro 7 días, periodo durante en el cual se realizaron diversos estudios y en los cuales diagnosticaron una comunicación interventricular e hipertensión pulmonar moderada, recibiendo tratamiento quirúrgico de cerclaje de membrana pulmonar el 2 de octubre del 2017,

con buena evolución por parte de la paciente. La paciente se quedó en ayuno con Nutrición Parenteral Total durante dos meses, presenta disminución de peso importante, al ingreso pesaba 3, 200g los cuales en los primeros 20 días disminuyo hasta 2, 500g, dando lugar a desnutrición leve. Días después adquirió neumonía nosocomial por Rhinovirus y sepsis nosocomial por Pseudomona Aeuroginosa (Se toma hemocultivo); Al estabilizar a la paciente en cuanto a retiro de ventilación mecánica se coloca casco cefálico con una FiO^2 de 80, en la terapia intensiva pediátrica estuvo durante 32 días; se retira el acceso vascular central a los 35 días de estancia hospitalaria; el 10 de Octubre del 2017 procedieron a pasarla al piso de Pediatría I y II en el área de infectología, continuando con el tratamiento prescrito de diversos antibióticos, aislamiento por contacto y aéreo y casco cefálico con FiO^2 . Cardiológicamente necesita de una segunda intervención para el cierre de la CIV pero están en espera de que la paciente tenga el peso ideal para poder realizar la intervención. Actualmente la paciente se encuentra con oxígeno mediante puntas nasales a 0.5lx', tolerando alimentación por sonda orogástrica a 18ml/hr, con catéter venoso central femoral para administración de medicamentos, sin datos de infección, sus últimos laboratorios son estables con Hemoglobina de 11.10mg/dl, Leucocitos de $11.8 \cdot 10^3/L$, Eritrocitos $3.76 \cdot 10^6/L$. Plaquetas $471 \cdot 10^3/L$, Glucosa de 85mg/dl. Examen general de orina densidad de 1.015, pH 6.5. El día 15 de Octubre del 2017

El día 25 de Octubre del 2017 se realizó la valoración exhaustiva de la paciente encontrando los siguientes hallazgos.

- **Habitus externo.**

Paciente femenina de edad aparente menor a la cronológica, fenotípicamente femenina, sin facies de características morfológicas, actitud libremente escogida, aparentemente integra, de constitución frágil, bien conformada, refleja estado nutriceo bajo, ectomorfica, leptosomatica. Paciente alerta, activa, estado emocional tranquila, con coloración rosada de tegumentos, mucosas orales hidratadas, piel

íntegra elástica e hidratada. Se refleja aseada con ropa hospitalaria, se observa nivel socio – económico bajo.

- **Exploración física.**

Cráneo normocefalo, fontanela anterior de 4cm x 2cm, normotensa, se palpa sutura coronal, cabello moderado, con adecuada implantación, de color café oscuro, perímetro cefálico de 37.5cm. Oídos: bien implantados, íntegros, pabellón auricular cartilaginoso, estructura de oreja sin alteración, lóbulo de color rosa; se examina oído interno, se observa membrana timpánica íntegra en ambos oídos, presencia de cerumen escaso en ambos oídos; se realiza estimulación auditiva con una campana localizando se le dificulto encontrar el sonido. Ojos: simétricos, con pupilas isocóricas, normoreflexicas a estímulo de luz, pupilas normales, reflejo fotomotor y consensual presentes. Campo visual con percepción de objetos coloridos a 180° en diferentes direcciones. Fondo de ojo: Sin alteración. Nariz simétrica, corta, se observa íntegra, alineada, septum nasal central, fosas nasales permeables, mucosa hidratada y de coloración rosácea, presencia de vellos nasales escasa, senos paranasales sin compromiso, presenta oxígeno por puntas nasales, no se valora olfato. Boca: íntegra, hidratada de coloración rosada, labios bien delimitados, presenta sonda orogástrica para alimentación, paladar blando y duro íntegro, encías sin presencia de perlas dentarias, lengua hidratada y móvil, con presencia de papilas filiformes y fungiformes, frenillo inferior largo, úvula central, pilares amigdalinos 1+, sin exudado, ni descarga posterior, carrillos de Bichat donde están las fijaciones de la sonda, realiza movimientos de succión y deglución, no se valora gusto. Cuello corto, cilíndrico, simétrico, tráquea central, móvil. Se palpa cadena ganglionar preauricular, retro auricular, submaxilar, submentoniano, supra claviclar, de aproximadamente 1 cm no dolorosos, sin compromisos. Tórax: simétrico, elíptico, normolineo, con adecuada expansión, simetría en los movimientos respiratorios, con respiraciones toracodominante, simetría en movimientos de amplexión y amplexación con adecuada expansión torácica a la inspiración y espiración, tiraje intercostal y retracción xifoidea mínima, pezones simétricos; esternón central continuo; a la palpación no se encuentran ganglios

inflamados ni masas palpables, pulsos periféricos de adecuada intensidad, rítmicos, costillas horizontales continuas, en espacios intercostales se percute claro pulmonar, Perímetro torácico de 34 cm. A la auscultación: pericordio normodinámico, focos cardiacos de adecuada intensidad, con mayor intensidad en foco pulmonar, se localiza soplo cardiaco en foco mitral. Percusión pulmonar con claro pulmonar en espacios intercostales y matidez en costillas; a la auscultación adecuada ventilación bilateral, murmullo vesicular en ambas bases, ruido traqueal en cuello y broncovesicular en ápices pulmonares. No se auscultan estertores ni sibilancias. Presenta taquicardia, taquipnea y desaturación al llanto o esfuerzo. Columna vertebral: se observa con alineación en columna, postura acostada, curvaturas anatómicas de columna normales, se palpan apófisis espinosas cervicales y torácicas. Abdomen globoso, de forma redonda a la inspección no se ven masas o protuberancias, respiración abdominal, perímetro abdominal de 30 cm. A la auscultación por cuadrantes se identifican 8 movimientos peristálticos por minuto. Se percute matidez en cuadrante superior derecho y colon descendente, se percute timpanismo en cuadrante superior izquierdo con predominio a la parte media y cuadrante. Genitales íntegros de acuerdo a edad y sexo, labios mayores y vulva presenta inflamación. Escala de Tanner 1. Íngles sin presencia de ganglios inflamados, presenta catéter venoso central femoral derecho. Miembros torácicos: Íntegros, simétricos con tono muscular flácido, realiza movimientos de flexión, extensión, circunducción normales, las palmas realiza movimientos prensión la mayor parte del tiempo. Húmero, radio y cubito sin alteración, continuos, en ambos miembros, huesos carpal, metacarpal y falanges íntegros en ambas manos, articulaciones sin alteración. Miembros pélvicos: Se observan simétricos, fémur, tibia y peroné se palpan con continuidad ósea, metatarsos y falanges íntegras, articulaciones sin alteración, movimientos de piernas realiza flexión, extensión, circunducción, sin alteración, tono muscular flácido. Pies sin arco plantar, movimientos dorsiflexión, plantaflexión, inversión y eversión sin alteraciones. Reflejo de parpadeo, Babinski, Moro, Palmar, Plantar, Búsqueda y Succión presente. Reflejo de Marcha, Galant, Esgrimista y Gateo ausentes. En la evaluación de la escala de Denver en el área motora hay un mes de retraso, tiene un 25% de

sostén cefálico, aun no puede sostener su tórax cuando está en posición de pronación, alza la cabeza en un 50% cuando está en posición prona y empieza a girar su cuerpo para dar la vuelta. En el área motora fina va de acuerdo a su edad, sigue objetos a 180° en un 75% toma el sonajero con ambas manos un 50%, junta las manos en 25 %; en el área de lenguaje realiza sonrisa en un 25% y empieza a emitir balbuceos indicando un retraso de 1 mes; a la evaluación personal social inicia en un 25 % de sonrisa espontánea y fija la mirada lo cual indica que va de acuerdo a su edad.

Evaluación de Pares craneales:

- I. No valorable
- II. Fija la mirada en objetos.
- III. Eleva el parpado superior, mueve el globo ocular hacia arriba, abajo y laterales sin problema, se contrae pupilas ante reflejos luminosos, reflejo fotomotor y consensual presentes.
- IV. Sigue objetos con los ojos hacia abajo y lateralmente.
- V. Realiza movimientos mandibulares de succión y deglución, se pasa una pluma sobre la cara y realiza gestos cuando pasa sobre su frente y mejillas.
- VI. Movimientos oculares sin problemas
- VII. Motilidad de la musculatura facial integra
- VIII. No valorable se realizan sonidos de intensidad fuerte y realiza reflejo de moro.
- IX. y X. Paladar y lengua integras, reflejo nauseoso presente.
- XI. Músculos del cuello con disminución de fuerza.
- XII. XII. Movimientos de lengua presentes.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

7.1 Valoración y jerarquización de las necesidades focalizadas.

Se realizaron dos valoraciones exhaustivas. En la primera se evaluaron 14 necesidades en el paciente durante la hospitalización; encontrando que 6 están en dependencia, 4 necesidades están en riesgo y 4 en independencia. Se jerarquizaron de la siguiente manera con base en el grado de dependencia de las valoraciones focalizadas realizadas.

1. Oxigenación.
2. Nutrición
3. Seguridad y protección.
4. Movimiento y postura.
5. Comunicación.
6. Aprendizaje.
7. Recreación.
8. Descanso y sueño.
9. Realización.
10. Termorregulación.
11. Eliminación.
12. Vestido y desvestido.
13. Higiene.
14. Creencias y valores.

La segunda valoración exhaustiva, de la paciente, se realizó en la primer consulta posterior al alta hospitalaria, se llevó a cabo el día 25 de Marzo del 2018, encontrando 9 necesidades en independencia, 2 en dependencia y 3 necesidades en Riesgo. Se realizó una correlación de 4 necesidades; la primera fue de la necesidad de comunicación con Recreación, y la segunda fue de Seguridad y protección con aprendizaje.

La segunda jerarquización quedo de la siguiente manera acorde al tipo de prioridad de cada necesidad:

1. Oxigenación.
2. Nutrición
3. Comunicación, Recreación.
4. Movimiento y postura.
5. Seguridad y protección, aprendizaje.
6. Eliminación.
7. Termorregulación.
8. Higiene.
9. Vestido y desvestido.
10. Descanso y sueño.
11. Realización.
12. Creencias y valores.

Para fines del presente estudio de caso se realizaron planes de enfermería de la última valoración de la paciente y se realizaron 12 planes de enfermería.

7.2 Proceso Diagnóstico.

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizaron etiquetas diagnosticas de la NANDA - 2017 y el formato PES:

- P = Problema de salud, que se corresponde con la etiqueta diagnóstica.
- E = Etiología, donde se reflejan las causas que favorecen la aparición del problema de salud.
- S = Sintomatología, constituido por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema.

Haciendo uso de los datos valorados mediante el modelo de Virginia Henderson. Y de esta manera elaborar diagnósticos reales, de riesgo, de salud y problemas interdependientes.

De la primer valoración se obtuvieron en total 16 diagnósticos de las 14 necesidades valoradas. De la segunda que se realizó en la primer consulta posterior al egreso hospitalario se obtuvieron 12 diagnósticos de las 14 necesidades valoradas, clasificándolos de la siguiente manera:

- Reales: 2
- Riesgo: 3
- Salud: 9

A continuación se realiza un listado de la jerarquía de las necesidades y los diagnósticos estructurados de la segunda valoración.

Listado de diagnósticos de enfermería por necesidades. (Valoración posterior al alta hospitalaria)

Necesidad	Fecha de identificación del diagnostico	Diagnósticos de enfermería	Fuente de la Dificultad	Rol de Enfermería	Nivel y grado de dependencia	Tipo de Prioridad
1. Oxigenación	15/Marzo/2018	- Alteración de la oxigenación relacionado con incapacidad del corazón para mantener un flujo sanguíneo adecuado manifestado por soplo cardiaco en foco mitral, cianosis y desaturación al esfuerzo, tiraje intercostal, retracción xifoidea, hemoglobina de 11.1mg/dl.	Fuerza Física	Ayuda	3 Moderado Algunos meses	Alto
2. Nutrición.	15/Marzo/2018	- Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con falta de fuerza física manifestado por bajo peso para la edad, talla baja para la edad y percentil 15 de peso para la edad.	Fuerza Física	Ayuda	3 Moderado Algunos meses	Alto
3. Comunicación / Recreación	15/Marzo/2018	- Independencia en la necesidad de comunicación y recreación relacionado con conocimiento y voluntad del cuidador primario para la realización de terapia de estimulación.	-	Acompañamiento	2 – Ligero Algunos meses	Medio
4. Movimiento y postura	15/Marzo/2018	- Independencia de la necesidad de movimiento y postura relacionado con crecimiento y desarrollo acorde a la edad.	-	Acompañamiento	1 – Ligera transitoria	Baja
5. Seg y prot./ Aprendizaje	15/Marzo/2018	- Potencial de caídas y lesiones relacionado falta de conocimientos por parte del cuidador primario	Conocimiento	Ayuda	3 Moderado Algunos meses	Medio
6. Eliminación.	15/Marzo/2018	- Independencia de la necesidad de eliminación urinaria e intestinal manifestado por Uresis y evacuación espontanea.	-	Acompañamiento	1 Ligera Transitoria	Bajo

7. Termorregulación.	15/Marzo/2018	- Riesgo de hipotermia relacionado con pérdida de calor por conducción y reserva insuficiente de grasa subcutánea.	-	Ayuda	2 Ligera Transitoria	Baja
8. Higiene	15/Marzo/2018	- Independencia de la necesidad de higiene relacionado con higiene corporal y ropa limpia.	-	Acompañamiento	1 Ligera Transitoria	Bajo
9. Vestido y desvestido.	15/Marzo/2018	- Independencia del vestido relacionado con cambio de ropa diaria de acuerdo a edad.	-	Acompañamiento	1 Ligera Transitoria	Bajo
10. Descanso y sueño	15/Marzo/2018	- Independencia de la necesidad de descanso y sueño manifestado por sueño reparador y facies de descanso.	-	Acompañamiento	1 Ligera Transitoria	Bajo
11. Realización.	15/Marzo/2018	- Independencia en la realización familiar manifestado por apgar familiar de 17 pts equivalente a una familia funcional	-	Acompañamiento	1 Ligera Transitoria	Bajo
12. Creencias y valores	15/Marzo/2018	- Independencia de la religiosidad relacionada con expresión de sentimientos del familiar y tranquilidad espiritual.	-	Acompañamiento	1 Ligera Transitoria	Bajo

7.3 Planeación

Al concluir la etapa de elaboración de diagnósticos de las necesidades valoradas, se procedió a la realización de los planes de atención de enfermería por cada necesidad siguiendo las cuatro etapas de la planeación.

1. Establecer prioridades.

Se jerarquizaron las 14 necesidades estableciendo como prioritarias las necesidades en dependencia, seguidas de las necesidades de riesgo, finalizando con las necesidades en independencia. Ordenando de esta forma los problemas detectados de la paciente. Cabe señalar que se unieron en 1 solo plan de intervenciones cuatro necesidades; Comunicación y recreación ya que la recreación apoya de manera importante a la estimulación de la comunicación mediante juegos; Seguridad y protección y aprendizaje debido a que se enseñara al cuidador primario e evitar peligros en casa. Quedando un total de 12 planes de atención de enfermería

2. Planteamiento de los objetivos.

De los diagnósticos elaborados por cada necesidad se formularon objetivos encaminados al restablecimiento de la independencia del paciente, puntualizando en los resultados a los que se quiere llegar con las intervenciones, estos objetivos se plantaron a corto, mediano y largo plazo. Posteriormente evaluar la evolución del paciente así como los cuidados proporcionados.

3. Elaboración de las intervenciones de enfermería.

Al finalizar con el planteamiento de objetivos se procedió a la elaboración de los 14 planes de cuidado y determinar las intervenciones de enfermería para el cumplimiento de los objetivos. El plan de cuidados contiene diversas intervenciones de enfermería que se realizaron de forma independiente, interdependiente y dependiente. Cada intervención será fundamentada con enfermería basada en evidencia que justifica el porqué de la intervención planteada. Así mismo cada intervención tendrá acciones de enfermería que describirá el actuar del profesional de enfermería y se detallaran los procedimientos que se realizaran a la paciente.

4. Registro del plan.

El registro se llevara a cabo en un formato preestablecido donde se colocaran los datos de la paciente, las 14 necesidades valoradas, los diagnósticos, objetivos e intervenciones planteadas.

7.4 Ejecución y evaluación

En esta etapa se llevaron a cabo la ejecución de los planes de enfermería planeados, incluyendo la participación del familiar y del equipo multidisciplinario para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados. Así mismo se continúa con la recogida de los datos obtenidos a la realización de las intervenciones de enfermería.

Finalmente se realizó la evaluación de las intervenciones realizadas y se compararon los resultados esperados y el estado de salud del paciente, así como la eficacia y efectividad de las intervenciones de enfermería.

Se evaluó el logro de objetivos identificando si fue de forma parcial, total o nula; se realizó la revaloración del plan con el objetivo de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones.

Esta evaluación se realizó continuamente en cada una de las etapas del proceso, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

Se llevó a cabo la evaluación de

- Estructura: Se evaluó midiendo la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos y personal suficiente para cubrir las necesidades del paciente.
- Proceso: Evaluara lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento o revisando las evolución del paciente.
- Resultado: Se realizara mediante la comparación del resultado esperado y las metas alcanzadas, mide los cambios en la conducta del paciente y el estado de salud del paciente.



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



1. PLAN DE ATENCIÓN: Oxigenación.

Nombre: R.C.M.I. **Sexo:** Femenino **Edad:** 8 meses **Servicio:** Pediatría I y II
Diagnóstico médico: Comunicación Interventricular Perimembranosa
Necesidad: Oxigenación

Datos Subjetivos: La paciente es conocida en el HIM desde septiembre del 2017, ingreso con un diagnostico medico de Comunicación Interventricular Perimembranosa. Ingresó con datos de polipnea, disociación toracoabdominal y desaturaciones hasta 72%, estando en la terapia intensiva por insuficiencia cardiaca y respiratoria; al no mejorar el patrón respiratorio ineficaz deciden colocarle a la paciente ventilación mecánica invasiva mediante una cánula orotraqueal; con apoyo ventilatorio el cual duro 7 días. Recibiendo tratamiento quirúrgico de cerclaje de membrana pulmonar el 2 de octubre del 2017, adquirió neumonía nosocomial por Rhinovirus. Al estabilizar a la paciente en cuanto a retiro de ventilación mecánica se coloca casco cefálico con una FiO_2 de 80%, al tolerar la disminución de oxígeno sin presentar eventualidad alguna el 10 de Octubre del 2017 procedieron a pasarla a Pediatría I y II en el área de infectología, continuando con el tratamiento prescrito de diversos antibióticos, aislamiento por contacto y aéreo y casco cefálico con FiO_2 el cual se fue disminuyendo el flujo de O_2 hasta llegar a 28%. El 15 de Noviembre del 2017 retiran casco cefálico y colocan puntas nasales a 1l x' presentando saturaciones por arriba de 90%, finalmente el 16 de Noviembre se disminuyó a 0.5Lx' con tolerancia a la disminución de oxígeno. Cardiológicamente necesita de una segunda intervención para el cierre de la CIV.

Datos Objetivos: Paciente activa, alerta, con coloración rosada de tegumentos, mucosas orales hidratadas, piel integra. Nariz corta se observa integra alineada, narias permeables, mucosas hidratadas, sin presencia de oxígeno suplementario, se escucha entrada y salida de aire sin compromiso, senos paranasales sin compromiso. Boca, se observa integra, labios bien delimitados de coloración rosada, presenta cianosis peribucal al llanto, mucosas orales hidratadas, paladar blando y duro íntegros con adecuada elevación, faringe con úvula central, pilares amigdalinos 1+, sin exudado, ni descarga posterior. Cuello corto, cilíndrico, simétrico, tráquea

central, móvil sin presencia de ganglios inflamados. Tórax: simétrico, elíptico, normolineo, con adecuada expansión, simetría en los movimientos respiratorios, con respiraciones toracodominante, simetría en movimientos de amplexión y amplexación con adecuada expansión torácica a la inspiración y espiración, tiraje intercostal y retracción xifoidea mínima, pezones simétricos; esternón central continuo; a la palpación no se encuentran ganglios inflamados ni masas palpables, pulsos periféricos de adecuada intensidad, rítmicos, costillas horizontales continuas, en espacios intercostales se percute claro pulmonar. A la auscultación: pericordio normodinámico, focos cardiacos de adecuada intensidad, con mayor intensidad en foco pulmonar, se localiza soplo cardiaco en foco mitral. Percusión pulmonar con claro pulmonar en espacios intercostales y matidez en costillas; a la auscultación adecuada ventilación bilateral, murmullo vesicular en ambas bases, ruido traqueal en cuello y broncovesicular en ápices pulmonares. No se auscultan estertores ni sibilancias. Presenta taquicardia, taquipnea y desaturación al llanto o esfuerzo. Hemoglobina: 11.1 g/dl. Silverman: 2 puntos Insuficiencia respiratoria leve.

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la oxigenación relacionado con incapacidad del corazón para mantener un flujo sanguíneo adecuado manifestado por soplo cardiaco en foco mitral, cianosis y desaturación al esfuerzo, tiraje intercostal, retracción xifoidea, hemoglobina de 11.1mg/dl.

Fecha de identificación: 15 / Marzo/ 2018

Nivel y grado de ind/dep: Dependencia 3 **Tipo de prioridad:** Alta

Fuente de la dificultad: Física

Rol de Enfermería: Ayuda

Objetivo: La paciente no manifestara mayor deterioro de la función cardiopulmonar mediante protocolo de atención al paciente con cardiopatía congénita.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de oxigenación cada que acuda a consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Realizar la recolección de datos generales de la paciente mediante la entrevista, exploración física y observación.</p> <p>b) Realizar la recolección de datos Subjetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes personales. - Antecedentes cardiacos. - Antecedentes pulmonares. - Signos y síntomas de dificultad cardiopulmonar en casa. <p>c) Realizar la recolección de datos Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Signos vitales <ul style="list-style-type: none"> • T/A, • Pulso • Respiraciones • Saturación de oxigeno - Peso y talla - Laboratorios (Hemoglobina). <p>d) Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel. - Aparato circulatorio (Descripción mas adelante) <ul style="list-style-type: none"> • Pulsos periféricos, • Focos cardiacos, • Perfusión vascular periférica. - Aparato respiratorio (Descripción mas adelante) <ul style="list-style-type: none"> • Ruidos respiratorios • Esfuerzo respiratorio. <p>e) Realizar el registro de la información obtenida.</p> <p>f) Realizar re – valoraciones de la necesidad oxigenación.</p>	<p>Es importante que el profesional de enfermería realice una valoración exhaustiva de la necesidad de oxigenación y evaluar la dependencia o independencia del paciente. ¹⁶</p> <p>La respiración es el intercambio de oxígeno y Co2 que ocurre entre la atmósfera y las células del organismo .La ausencia de oxígeno conduce a la muerte. En este proceso participan dos sistemas el sistema pulmonar y el sistema cardiovascular. La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. ⁴¹</p>

Intervención 2: La paciente mantendrá una saturación de oxígeno > 92% durante el destete del oxígeno suplementario

Tipo de intervención: Interdependiente.

Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Instruir al familiar en la ministración de terapia de oxígeno. Deberá: b) Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. c) Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado. d) Asegurarse que el familiar cuente con tanque de oxígeno portátil. e) Comprobar el funcionamiento del oxígeno portátil. f) Administrar oxígeno suplementario indicado; 0.5lx1' de forma intermitente, solo en periodos de agitación o llanto y cuando la paciente este comiendo y dormida. g) Vigilar el flujo de litro de oxígeno. h) Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido durante las noches. i) Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. j) Controlar la eficacia de la oxigenoterapia mediante un pulsioxímetro, si lo puede adquirir el familiar. k) Indicar al familiar que lleve un registro de las saturaciones de oxígeno que presenta su paciente y deberá traerlos en su cita a cardiología. l) Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno gradualmente. m) Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. n) Instruir a la familia en el uso de oxígeno en casa. 	<p>La oximetría de pulso es una forma de medir cuánto oxígeno contiene su sangre. La mayoría de las personas necesita un nivel mínimo de saturación de oxígeno del 89% para que sus células se mantengan saludables. Se considera que tener niveles más bajos de saturación de oxígeno en la sangre durante un período de tiempo corto no causa daños; sin embargo, si esto ocurre con frecuencia, puede dañar o provocar un esfuerzo excesivo a las células de su organismo. Si su nivel de oxígeno es bajo respirando el aire ambiente, se le puede indicar que utilice oxígeno suplementario (adicional).</p> <p>⁴²</p>

Intervención 3: El cuidador primario llevara a cabo la ministración de los fármacos indicados para mantener la función cardiovascular y pulmonar adecuada, en su casa.

Tipo de intervención: Interdependiente

Acciones	Fundamentación
<p>a) Verificar las indicaciones médicas.</p> <p>b) Seguir el procedimiento para la ministración correcta de medicamentos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar el medicamento correcto. 2. Administrar el medicamento al paciente adecuado. 3. Administrar la dosis correcta. 4. Administrar el medicamento por la vía correcta. 5. Administrar el medicamento a la hora correcta. 6. Registrar todos los medicamentos administrados 7. Informar al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo. 8. Comprobar que el paciente no tome ningún medicamento ajeno al prescrito 9. Investigar si el paciente tiene alergias y descartar interacciones farmacológicas. 10. Antes de preparar y administrar un medicamento realizar el lavado de manos. <p>c) Instruir al familiar sobre la ministración de medicación mediante vía oral.</p> <p>d) Recomendaciones: Seguir los principios de la administración de medicación.</p> <p>e) Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.</p> <p>f) Informar al familiar las posibles interacciones farmacológicas de cada medicamento.</p> <p>g) Informar al familiar sobre los posibles efectos adversos que pueda presentar.</p> <p>h) Instruir al familiar sobre la forma de administrar el medicamento</p>	<p>La seguridad en el manejo de medicamentos de tiene como objetivo alcanzar la máxima calidad asistencial pero también con la máxima seguridad, no puede existir calidad si no existe seguridad. Por tanto el termino seguridad implica, no solo la ausencia de errores, sino una actitud positiva previsor (proactiva) en la reducción de efectos adversos acorde con los conocimientos del momento.⁴³</p>

Intervención 3: Continuación	
Tipo de intervención: Continuación	
Acciones	Fundamentación
<p>i) Terapia farmacológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espironolactona 6.2mg cada 8 horas. Horario: 6am – 2pm – 10pm - Captopril 3.1mg cada 8 horas. Horarios 7am – 3pm – 11pm <ul style="list-style-type: none"> o Administrar 1 hora antes de las comidas o 2 horas después. - Furosemida 3.1 mg cada 8 horas. Horario: 8am – 4pm – 12pm <ul style="list-style-type: none"> o Administrar preferentemente con comidas. <p>j) Informar al familiar sobre las concentraciones del medicamento.</p> <p>k) La familiar deberá comprar el medicamento dosificado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espironolactona: Diurético antagonista de la aldosterona por mecanismo competitivo de unión a los receptores del intercambio Na/K. Actúa como ahorrador de potasio provocando aumento en la excreción de sodio y agua. Indicado en Hipertensión arterial esencial, Insuficiencia cardíaca crónica clases III y IV, Hiperaldosteronismo primario, Hiperaldosteronismo secundario, en particular edemas de origen cardíaco, hepático y secundario a síndrome nefrótico, Displasia broncopulmonar.⁴⁴ • Captopril: Inhibidor competitivo, altamente selectivo, de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Impide la conversión de angiotensina I en angiotensina II y secundariamente aumenta los niveles de renina y disminuye de aldosterona. Potente vasodilatador. Indicado en Hipertensión arterial, Insuficiencia cardíaca crónica con reducción de la función ventricular sistólica, en combinación con diuréticos y, cuando sea apropiado, con digitálicos y betabloqueantes, Infarto de miocardio, Cardiopatías congénitas.⁴² • Furosemide: La furosemida es un diurético del asa que produce una diuresis de instauración rápida y corta duración. Indicado en edema de origen cardíaco, hepático o renal, Tratamiento coadyuvante del edema agudo de pulmón, urgencias hipertensivas, HTA esencial, HTA en presencia de insuficiencia renal crónica avanzada, Oliguria por insuficiencia renal, Trastornos hidroelectrolíticos: hipercalcemia, hiperkaliemia, Hiperaldosteronismo hiporreninémico.⁴²

Intervención 4: La enfermera realizara la monitorización cardiaca durante su consulta de seguimiento de cardiología.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica b) Evaluar arritmias cardiacas. c) Evaluar el soplo mitral que presentaba la paciente a su egreso. d) Verificar si hay disminución del gasto cardíaco. e) Verificar la condición de los pulsos periféricos: Simetría, intensidad. f) Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardíaca. g) Verificar como ha sido el control de los líquidos en casa (ingestión habitual y eliminación). h) Controlar si los valores de laboratorio son correctos (hemoglobina, electrolitos). i) Evaluar si los medicamentos indicados (Cardioprotectores) están siendo ministrados correctamente y verificar si la respuesta a ellos ha sido favorable j) Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. 	<p>La monitorización hemodinámica nos permite obtener información sobre el funcionamiento cardiovascular del paciente crítico, por lo que constituye una pieza fundamental en la aproximación diagnóstica y en la guía terapéutica del paciente con hipoperfusión tisular.</p> <p>La monitorización hemodinámica nos permite obtener información acerca de la fisiopatología cardiocirculatoria que nos ayudará a realizar el diagnóstico y a guiar la terapéutica en las situaciones de inestabilidad hemodinámica.⁴⁵</p>

Intervención 5: La enfermera realizara la toma del electrocardiograma en el consultorio de cardiología y evaluara el trazo junto con el Cardiólogo.

Tipo de intervención: Interdependiente.

Acciones	Fundamentación
<p>a) Comprobar la identidad de la paciente.</p> <p>b) Explicar al cuidador primario acerca del procedimiento que se le va a realizar.</p> <p>c) Escuche al familiar, motivarlo a que exprese sus dudas y en caso de haberlas, disípelas.</p> <p>d) Colocar al paciente en decúbito supino, con la cama lo más horizontal posible, si el paciente lo tolera y no existe contraindicación.</p> <p>e) Solicitar al cuidador primario el retiro de dispositivos que ocasionen interferencia, como pulseras, cadenas,etc.</p> <p>f) Informar la importancia de que la paciente esté relajada, sin moverse y sin hablar.</p> <p>g) Reunir el material y equipo necesario.</p> <p>h) Realizar la técnica de lavado de manos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mojarse las manos 2. Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la mano 3. Frotar las palmas entre si 4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos , y viceversa 5. Frotar las palmas de las manos entre sí , con los dedos entrelazados 6. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta , manteniendo unidos los dedos 7. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotarlo con un movimiento de rotación, y viceversa. 8. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa. 	<p>La toma del electrocardiograma (ECG) es un proceso sistemático que tiene el propósito de reconocer los cambios en la actividad eléctrica que indiquen alteraciones en la conducción o en el ritmo cardíaco y que, en combinación con los síntomas clínicos que se presenten en el paciente, le permitan al profesional de enfermería determinar y planificar cuidados específicos que anticipen posibles complicaciones.⁴⁶</p> <p>El lavado de manos es el procedimiento más sencillo y de mayor importancia para la prevención de las infecciones nosocomiales. Las manos son el principal vehículo de transmisión de la infecciones nosocomiales.⁴⁷</p>

9. Enjuagar las manos.
 10. Secarlas con una toalla de un solo uso.
 11. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.
- i) Descubra las regiones del cuerpo tórax, brazos y piernas.
 - j) Valorar el estado de la piel, si hay restos de lociones o cremas, retirarlos.
 - k) Colocar los brazaletes o electrodos dérmicos en las extremidades superiores e inferiores aplicando previamente gel conductor en la piel en donde tendrán contacto las placas metálicas y/o electrodos dérmicos.
 - l) Conecte los cables de las derivaciones bipolares y unipolares brazo derecho (RA), brazo izquierdo (LA), pierna izquierda (LL) y pierna derecha (RL). De acuerdo con el tipo de trazo que se desea obtener, continuar como sigue:
 - m) ECG de 12 derivaciones:
 - Colocar las perillas o electrodos adhesivos en la región torácica o precordial en la zona correspondiente.
 - n) Oprima el botón de inicio para el registro electrocardiográfico, revise el trazo conforme se va imprimiendo hasta la obtención de las derivaciones
 - o) Retirar del tórax las perillas o electrodos adhesivos y los brazaletes de las extremidades al finalizar el registro.
 - p) En caso de haber aplicado gel conductor, elimine el exceso con toallas de papel
 - q) Realizar el registro electrocardiográfico.
 - r) Dejar al paciente cómodo, tranquilo.
 - s) Lávese las manos.
 - t) Evaluar y analizar el trazo del ECG completo para determinar alteraciones.

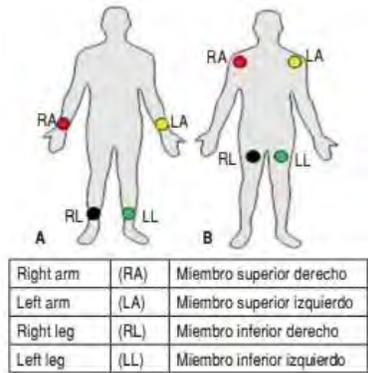


Figura 1. A) Sitio de colocación de los electrodos en las extremidades superiores e inferiores. B) Sitio de colocación de los electrodos en caso de faltar alguna extremidad.⁴⁵

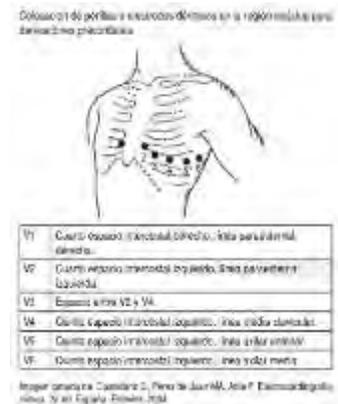


Figura 2. Derivaciones precordiales izquierdas o estándar⁴⁵

Intervención 6: La enfermera realizara la monitorización respiratoria durante su consulta de seguimiento de cardiología.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Realizar una valoración exhaustiva del aparato respiratorio. b) Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones; así como la saturación de oxígeno. c) Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. d) Observar si se producen respiraciones ruidosas, silbidos o estertores. e) Analizar los análisis de laboratorios (Hemoglobina, presión parcial de oxígeno y de dióxido de carbono) f) Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. g) Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. h) Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). i) Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. j) Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. k) Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran. l) Valorar el monitoreo de saturación para evaluar el retiro de la oxigenoterapia. 	<p>La monitorización respiratoria representa un importante rol en el cuidado del niño con falla respiratoria o cardiaca. Por tanto, su apropiado uso y correcta interpretación (reconociendo qué señales y variables deben ser priorizadas) deberían ayudar a un mejor entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad y de los efectos de las intervenciones terapéuticas.⁴⁸</p>

Intervención 7: La enfermera enseñara fisioterapia pulmonar al cuidador primario para que lo realice con su paciente en casa.

Tipo de intervención: Interdependiente

Acciones	Fundamentación
<p>a) Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.</p> <p>b) Determinar el(los) segmento(s) pulmonar(es) que necesita ser drenado.</p> <p>c) Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta.</p> <p>d) Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada.</p> <p>e) Practicar vibración torácica junto con el drenaje postura.</p> <p>f) Mejoramiento de la ventilación: Aumento de la expansibilidad torácica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilizaciones de Tórax: Se realizan en decúbito lateral. Se colocan ambas manos en hemitorax elevado y se procede a realizar movimientos en diagonal, dirigiendo una mano en sentido anterior y la otra posterior. - Compresiones torácicas: La compresión manual del tórax durante la fase espiratoria acompañada del reflejo de tos favorece el desplazamiento y expulsión de secreciones. - Distracción torácica: Se ubican las manos de manera tal que contactan los dos heminencias tenares, los dedos paralelamente a las costillas en sentido vertical. En el momento de la inspiración se procede a separar las manos lo posible sin producir lesión o dolor. 	<p>La fisioterapia respiratoria es un conjunto de procedimientos que a través de la aplicación de medios físicos, tienen como objetivo la prevención, la curación y estabilización de las alteraciones que afectan al sistema toracopulmonar. Los objetivos de fisioterapia respiratoria: Mejorar la ventilación, Disminuir la incidencia de atelectasias, Facilitar la eliminación de secreciones para evitar la obstrucción bronquial y posibles infecciones, Mantener una función respiratoria eficaz después del tratamiento.⁴⁹</p>

Intervención 8: La enfermera enseñara al cuidador primario los principales signos de alarma en casa.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
<p>a) Informar al cuidador primario sobre los principales signos y síntomas de alarma.</p> <p>b) Informar que deberá acudir al hospital más cercano en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saturación de oxígeno <70% sin recuperación del oxígeno suplementario. - Coloración morada de uñas y labios, sin que mejore con el oxígeno. - Fiebre mayor a 38°C. - Dificultades para alimentarse. - Tos con expectoración de color amarillo – verdosa. - Inflamación o edema de las extremidades inferiores o del abdomen. - Datos de dificultad respiratoria. Sudoración excesiva, sonidos al respirar, sibilancias, estertores. - Pérdida del estado de alerta. - Convulsiones. 	<p>Los padres estar pendientes de sus niños desde su nacimiento, debido a puede venir con fallas en su corazón, las cuales tratadas a tiempo podrían encontrar solución. Para darse cuenta a tiempo de cualquier inconveniente, es importante prestar atención al desarrollo del niño. Estas señales de alarma son más que suficientes para que sea llevada de inmediato a un médico que será quien del tratamiento adecuado.⁵⁰</p>

Intervención 9: La enfermera enseñara al cuidador primario las precauciones cardiacas y respiratorias que debe realizar en casa.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Evitar sobrecalentamientos o enfriamientos al paciente. b) Realizar el baño con agua templada y al medio día. c) Restringir la visita de personas que fumen. d) Evitar sobresaltos, agitación. e) Proporcionar comidas en poca cantidad y frecuentes. f) Vigilar el nivel de consciencia, reflejo de tos, reflejo de gases y capacidad deglutiva. g) Mantener narinas permeables y limpias. h) Mantener la cabecera de la cama elevado durante 30 minutos después de la alimentación. i) Hacer repetir al paciente después de las tomas de leche. j) Vigilar respiraciones cuando la paciente duerma. k) Vigilar la saturación de oxígeno mientras duerme. 	<p>Las bajas temperaturas, cambios climáticos bruscos y la contaminación ambiental son factores que contribuyen a la aparición de enfermedades comunes del invierno: gripe, resfriado, tos, otitis (infecciones en el oído), bronquitis y laringitis; así, como otras enfermedades respiratorias crónicas que pueden llegar a causar la muerte: neumonía, asma y problemas respiratorios crónicos como neumonía.⁵¹</p>

Evaluación

Se inició el seguimiento del caso desde el 25 de Octubre del 2017, realizando un total de 14 visitas mientras estuvo hospitalizada hasta el día de su alta hospitalaria que fue el 8 de Diciembre del 2017; posterior al alta se realizaron dos seguimientos más en la consulta externa el día 15 de marzo, dando por concluido el seguimiento el día 25 de marzo del presente año.

Durante el periodo de hospitalización se contó con los recursos e insumos necesarios para realizar las intervenciones de enfermería planeadas, el material y equipo estaba en condiciones óptimas para su uso. Por parte del personal de enfermería contaban con los conocimientos necesarios para el cuidado de la

paciente durante su periodo de enfermedad y estuvo con la disposición para brindarle atención de calidad.

Al ingreso de la paciente al área de hospitalización se encontraba en un grado de dependencia 4, presentaba disnea, retracción xifoidea y tiraje intercostal y necesitaba de oxígeno suplementario por medio de casco cefálico con un FiO_2 al 80%, , durante el tiempo de su estancia y con las acciones de enfermería como ministración de medicamentos, fisioterapia pulmonar entre otras intervenciones se logró disminuir el requerimiento del oxígeno suplementario hasta llegar a puntas nasales a 1Lx', presentando saturaciones de 90%, y disminuyendo los signos de dificultad respiratoria; finalmente; aunque se valora que durante los periodos de agitación, llanto y alimentación oral la saturación de oxígeno disminuye hasta 82% se decide iniciar con oxígeno suplementario intermitente solo durante el periodo de desaturación. Al dar de alta a la paciente se le indico al familiar que debía continuar con el oxígeno suplementario intermitente en casa y la ministración de medicamentos, se le dio la capacitación a la madre sobre el uso de oxigenoterapia intermitente teniendo la disposición del cuidador primario realizar la terapia de oxigenoterapia en casa; el familiar logro llevar a cabo los cuidados en casa y durante su última consulta el 25 de Marzo del 2018 se decidió el retiro definitivo del oxígeno suplementario tomando en cuenta que cardiológicamente necesita de una segunda intervención para el cierre de la CIV. Finalmente, y con las intervenciones realizadas a lo largo del seguimiento de la paciente se logró llevar a un nivel de independencia nivel 1.

2. PLAN DE ATENCIÓN: Nutrición.

Datos Subjetivos: La madre refiere que alimentó a su hija mediante seno materno a libre demanda durante un mes, posterior se mantuvo en ayuno un mes más y con NPT durante 2 meses; se inició con alimentación enteral tolerando 60 ml de fórmula sin lactosa cada tres horas hasta su egreso. Es dada de alta con un peso de 3 070g peso bajo para su edad. El cuidador primario refiere que tolera bien la vía oral en casa y ya inicio con ablactación, lleva 2 meses tolerando el inicio de las papillas de verduras y carne. Aun se ve con bajo peso, recordando que necesita ganar peso para que su segunda intervención de cierre de comunicación ventricular se lleve a cabo.

Datos Objetivos: Se observa paciente con piel íntegra, cráneo normocefalo, fontanela anterior de 1cm x 1cm, fontanela posterior cerrada, normotensa, se palapa sutura coronal, cabello moderado, con adecuada implantación, de color café oscuro. Boca: mucosas orales hidratadas, labios rosados, bien delimitados, íntegros, carrillos de Bichat sin alteración, encías de color rosada, limpias, con inicio de dentición, inferior incisivos centrales, paladar blando y duro íntegro, úvula central, lengua móvil de color rosada. Cuello corto sin masas palpables. Abdomen globoso, de forma redonda a la inspección no se ven masas o protuberancias, respiración abdominal. A la auscultación por cuadrantes se identifican 8 movimientos peristálticos por minuto. Se percute matidez en cuadrante superior derecho y colon descendente, se percute timpanismo en cuadrante superior izquierdo con predominio a la parte media y cuadrante. Obteniendo últimos laboratorios: Glucosa 98 mg/dl, Hemoglobina 11.1mg/dl, Potasio: 4.3mEq/L, Sodio 143mEq/L, Calcio 8mg/dl. Peso: 7,400g, Talla: 67cm De acuerdo a las curvas por indicadores de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud, en la tabla peso para la edad y talla para la edad se encuentra en el percentil 15, 1 percentil por debajo de la desviación estándar.

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con falta de fuerza física manifestado por bajo peso para la edad, talla baja para la edad y percentil 15 de peso para la edad.

Fecha de identificación: 15 / Marzo / 2018

Nivel y grado de ind/dep: Dependencia 3

Tipo de prioridad: Alta

Fuente de la dificultad: Física

Rol de Enfermería: Ayuda

Objetivo: La paciente mostrara datos de mejora en la nutrición mediante un plan nutricional acorde a la edad de la paciente.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de nutrición cada que acuda a consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Realizar la recolección de datos generales de la paciente mediante la entrevista, exploración física y observación.</p> <p>b) Realizar la recolección de datos Subjetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes personales. - Antecedentes nutricios. - Alimentación actual. - Signos y síntomas de intolerancia. <p>c) Realizar la recolección de datos Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Signos vitales - Curvas de acuerdo a peso, talla, edad de la OMS. <ul style="list-style-type: none"> • Peso y talla - Laboratorios (Hemoglobina, Electrolitos séricos, glucosa) <p>d) Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel y mucosas. - Aparato gastrointestinal (Descripción más adelante) <ul style="list-style-type: none"> • Inspección (Boca, abdomen). <p>e) Realizar el registro de la información obtenida.</p> <p>f) Realizar re – valoraciones de la necesidad oxigenación.</p>	<p>Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.³⁹</p> <p>Entendiendo bien las bases fisiológicas del crecimiento y valorando la progresión individual en el tiempo, dispone de la mejor herramienta para detectar precozmente cualquier desviación de la normalidad.⁵²</p>

Intervención 2: El cuidador primario mantendrá una correcta ablactación con base a información proporcionada por el profesional de enfermería.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Instruir al familiar en los alimentos que debe consumir de acuerdo a la edad. b) Introducir un solo alimento a la vez. c) Ofrecéelo durante dos o tres días, lo que permite conocer su tolerancia. d) No mezclar los alimentos al momento de servirlos o prepararlos. e) No forzar su aceptación ni la cantidad de alimento. f) Primero debe ofrecerse el alimento semisólido. g) La cantidad de alimento varía día a día e irá en aumento. h) Poco a poco disminuirá el volumen de leche consumido. i) Promover el consumo de alimentos naturales. j) Preparar los alimentos sin agregar sal, azúcar u otros condimentos. k) Los alimentos deben ofrecerse primero como papilla, a los ocho meses picados y al año de edad en pedazos pequeños. 	<p>Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad. ⁵³</p>

Intervención 3: El cuidador primario seleccionara los alimentos adecuados de acuerdo a la edad y necesidades del paciente.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Los alimentos brindados deben cubrir ciertas características.</p> <p>b) La introducción de carnes, verduras, frutas y cereales adicionados con hierro a partir de los seis-siete meses, leguminosas a los siete-ocho meses, derivados de leche (queso, yogurt, y otros) entre ocho-12 meses, huevo y pescado a partir de los ocho-12 meses y la incorporación de frutas cítricas y leche entera posterior a los 12 meses de edad</p> <p>c) Verduras: Chayote, calabaza, zanahoria, espinacas, acelgas. Mezclarlos con un poco de consomé para dar consistencia de puré.</p> <p>d) Tubérculos: papa, camote.</p> <p>e) Cereales: arroz, avena, maíz.</p> <p>f) Leguminosas: frijol, haba, lentejas, garbanzos.</p> <p>g) Carnes: pollo, pavo, ternera, yema de huevo.</p> <p>h) De preferencia cocidos y colados.</p> <p>i) A partir de los 8 meses iniciar a dar alimentos picados.</p> <p>j) Los alimentos deben darse de 4 a 6 veces por día.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciando la alimentación 30 minutos después de levantarse. - Posteriormente las comidas deben ser cada 4 o 6 horas. <p>k) Complementar con formula sin lactosa dos veces al día.</p> <p>l) La fórmula deberá darse en tres veces por día, de 10 onzas por toma.</p>	<p>La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.⁵¹</p>

Intervención 4: El cuidador primario llevara a cabo las recomendaciones para la preparación, consumo y conservación de alimentos que se le brindaran al paciente.	
Tipo de intervención: Interdependiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar agua hervida o purificada y conservarla en recipientes limpios y tapados. - Consumir leche sometida a algún tratamiento térmico (pasteurizada, ultra pasteurizada, hervida, evaporada, en polvo, etc.). - Cocer o freír bien los pescados y mariscos. - Consumir la carne de puerco o de res bien cocida. <p>b) Utensilios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar el uso de utensilios de barro vidriado, para cocinar o conservar alimentos, ya que estos contienen plomo, mismo que es dañino a la salud, o asegúrese que expresamente digan “sin plomo”. <p>c) Higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos y de comer, así como después de ir al baño o de cambiar un pañal. - Evita toser o estornudar sobre los alimentos al prepararlos. - Lava bien con agua limpia y estropajo, zacate o cepillo las frutas y verduras. - Desinfecta las frutas y verduras que no se puedan tallar. Lavar las verduras con hojas, hoja por hoja y al chorro de agua. - Limpiar los granos y semillas secos y lavarlos bien. - Lavar a chorro de agua las carnes y el huevo. - Consumir, de preferencia, los alimentos inmediatamente después de cocinarlos. <p>d) Mantener los sobrantes o alimentos que no se van a consumir en el momento, en el refrigerador o en un lugar fresco y seco, en recipientes limpios y tapados. Antes de consumirlos volver a calentarlos hasta que hiervan.</p>	<p>Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos.⁵²</p>

Intervención 5: El cuidador primario llevara a cabo la ministración de los fármacos indicados para mantener la función gastrointestinal adecuada, en su casa.

Tipo de intervención: Interdependiente

Acciones	Fundamentación
<p>a) Seguir el procedimiento para la ministración correcta de medicamentos.</p> <p>b) Instruir al familiar sobre la ministración de medicación mediante vía oral.</p> <p>c) Recomendaciones: Seguir los principios de la administración de medicación.</p> <p>d) Terapia farmacológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levocarnitina 120mg vía oral cada 8 horas. Horario: 6am – 2pm – 10pm - Vitamina ACD 1.5ml vía oral cada 24 horas. Horario: 10 am <p>e) Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.</p> <p>f) Informar al familiar las posibles interacciones farmacológicas de cada medicamento.</p> <p>g) Informar al familiar sobre los posibles efectos adversos que pueda presentar.</p> <p>h) Instruir al familiar sobre la forma de administrar el medicamento.</p>	<p>La seguridad en el manejo de medicamentos de tiene como objetivo alcanzar la máxima calidad asistencial pero también con la máxima seguridad, no puede existir calidad si no existe seguridad.⁴¹</p> <p>Levocarnitina: Actúa como transportador específico de ácidos grasos de cadena larga al interior mitocondrial, donde se realiza la betaoxidación, siendo ésta la principal fuente de energía para el músculo cardíaco y esquelético. La deficiencia de L-carnitina conduce a una disminución sustancial de la producción de energía.⁴²</p> <p>Vitaminas ACD: Vitamina A es esencial para el funcionamiento normal de la retina. Interviene en el crecimiento de los huesos, en la regulación del crecimiento y la diferenciación de los tejidos epiteliales. Vitamina C Es necesaria para la formación de colágeno y la reparación de los tejidos. Interviene en el metabolismo de la fenilalanina, la tirosina, el ácido fólico y el hierro; en la utilización de los hidratos de carbono, en la síntesis de los lípidos y las proteínas y en la conservación de la integridad de los vasos sanguíneos. La Vitamina D es esencial para favorecer la absorción y la utilización de calcio y fosfato y para la calcificación normal de los huesos.⁴²</p>

Intervención 6: El cuidador primario vigilara la tolerancia a los alimentos que ofrece durante la alimentación.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Verificar que la paciente no se distienda.</p> <p>b) Vigilar que no tenga dolor abdominal.</p> <p>c) Vigilar datos de intolerancia a la vía oral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vómito, diarrea. - Dificultad para respirar. - Dolor torácico o abdominal. - Distensión abdominal. <p>d) Evaluar las características de las evacuaciones. En caso de diarrea por algún alimento, deberá suspender dicho alimento, dejar pasar unos días y volver a ofrecer.</p>	<p>Para evaluar aceptación y tolerancia a un nuevo alimento en la dieta del lactante se recomienda contar con intervalos de dos a siete días. De acuerdo con la tolerancia (factor biológico) y grado de aceptación del bebé, se podrá continuar con la introducción de otro alimento nuevo.⁵⁴</p>

Intervención 7: La enfermera enseñara al familiar los alimentos que no debe ofrecer a su hija.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Informar al familiar la importancia de la alimentación para el crecimiento y desarrollo de la paciente.</p> <p>b) Mencionar los alimentos que debe evitar ofrecerle al paciente y explicarle por qué no debe dárselos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refrescos. - Dulces. - Frituras. - Colocar endulzantes artificiales en las papillas. - Evitar productos con alto contenido de azúcar. - Grasas saturadas <p>c) Indicar que puede favorecer la obesidad infantil y el aumento de riesgo de adquirir un desorden metabólico.</p>	<p>Lo mismo se podría señalar respecto al mayor riesgo de sobrepeso u obesidad ante la exposición temprana a alimentos complementarios o el tipo de alimentos que se ofrecen.⁵²</p>

Intervención 6: El cuidador primario vigilara signos de alarma que indiquen problemas gastrointestinales.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Deberá acudir a consulta médica en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal intenso. - Diarrea, tres evacuaciones en menos de dos horas. - Vomito. - Pérdida de peso. - Presencia de rash cutáneo. - Inapetencia. <p>b) En caso de diarrea deberá mantener hidratado al paciente.</p> <p>c) Dar vida suero oral 10 ml cada 15 minutos hasta llegar a la valoración de urgencias.</p>	<p>Los síntomas gastrointestinales constituyen una de las consultas más frecuentes en la atención primaria. Del 2 al 4% se presentan como manifestaciones únicas o bien multisistémicas; por tanto, son hallazgos comunes en la revisión por sistemas y pueden ser secundarios a entidades orgánicas o funcionales.⁵⁵</p>

Evaluación.

El seguimiento de la necesidad de nutrición se inició el 27 de Octubre, se realizaron 10 seguimientos de esta necesidad durante su estancia hospitalaria, posterior a su alta se realizaron dos seguimientos más en la consulta externa de cardiología el día 15 de marzo y el 25 de marzo.

En el periodo de hospitalización se contaron con los insumos suficientes para realizar las intervenciones planeadas; por parte del personal de banco de leche se enviaban las formulas en tiempo y forma para la administración de la formula por medio de la sonda orogástrica. El equipo multidisciplinario (Nutriólogo) cada inicio de semana valoraba a la paciente para realizar modificaciones en la formula y de esta manera complementar sus tomas con fortificadores o cereales.

Al ingreso de la paciente al hospital tenía un peso corporal de 3, 200 g; por la inestabilidad hemodinámica y pulmonar se mantuvo en ayuno y la nutrición fue vía

parenteral durante dos meses finalizando la NPT el día 16 de noviembre. Durante los primeros 20 días posteriores al ingreso se registró un peso de 2, 500 g, dando lugar a una desnutrición leve. Posterior a la estabilización hemodinámica se trasladó al servicio de hospitalización, el 20 de Octubre le inician estimulación enteral por medio de una sonda orogástrica pero presenta datos de intolerancia a la vía oral por tal motivo se difiere hasta el 1 de Noviembre, iniciando con 2.3 ml/hr de fórmula para prematuro e incrementaban dosis hasta llegar a 18 ml/hr. Para el día 20 de Noviembre se indica estímulo enteral por succión tolerando 60ml en cada toma hasta su egreso. El peso al egreso fue de 3.070g. Se brinda un plan de alta al cuidador primario indicando el inicio de la ablactación, menciona la madre que si le fue de ayuda para la alimentación de su hija. En el último seguimiento que se le da a la paciente tuvo un peso corporal de 7.400g, percentilando el peso para la edad aún se encuentra por debajo del peso para su edad, pero el peso para su talla va acorde a las percentila. La familiar se apegó al inicio de la ablactación y se observa en el crecimiento y desarrollo que tuvo su hija posterior al alta hospitalaria. Con base a las intervenciones realizadas por el familiar y la capacitación que se le dio al alta, la paciente pasó de un grado de dependencia 4 a un grado de independencia 2.

3. PLAN DE ATENCIÓN: Comunicación, recreación.

Datos Subjetivos:

La madre narra que estuvo en el hospital los tres primeros meses de vida, lleva tres meses viviendo fuera del hospital. A la valoración que se realizó durante la hospitalización la paciente tenía un mes de retraso en el crecimiento y desarrollo, se realizó terapia de estimulación temprana y al alta de la paciente se enviaron ejercicios para que realizara en casa. Refiere que sigue objetos coloridos y le llama la atención los objetos que se mueven rápido o los objetos que se caen o tira; sigue sonidos cuando le llaman la atención, como campanas o los juguetes que tienen sonido, la madre dice que reconoce la voz de su papa y la de ella y emite sonrisa social; la vocalización de sonidos es en monosílabos de repetición como da – da, qu –qu, ta, etc.; le gusta tocar y jalar los objetos que son coloridos. Le gusta que le pongan canciones y menciona que le gusta bailar.

La madre refiere que durante su estancia hospitalaria carecía de materiales didácticos, por lo cual la paciente tenía deterioro en el desarrollo, menciona la madre que a los tres meses no seguía objetos debido a que no tenía dinero para comprarle objetos llamativos. Actualmente la madre comenta que la paciente tiene juguetes suficientes que estimulan la recreación de la paciente, le han regalado juguetes de acuerdo a su edad, comenta que le gusta mucho un perro que ladra y tiene varios colores. Tiene diversos tipos de juguetes, peluches y muñecas. Por lo regular la mamá dedica mucho tiempo a jugar con la paciente y a llevarla a pasear. Regularmente realizan un paseo cada tercer día, que es cuando la mamá sale a realizar las compras de comida junto con su suegra. Menciona que a la paciente la llevan en una carreola y que le gusta esta actividad.

Datos Objetivos:

Se realiza la exploración física, ojos sin alteraciones, simétricos, con pupilas isocóricas, normoreflexicas a estímulo de luz, pupilas normales, reflejo fotomotor y consensual presentes. Campo visual con percepción de objetos coloridos a 180° en diferentes direcciones. Fondo de ojo: Sin alteración, Función visual íntegra. Orejas simétricas, con adecuada implantación, estructura íntegra, hélix y antihélix íntegros, se examina oído interno, se observa membrana timpánica íntegra en ambos oídos, presencia de cerumen escaso en ambos oídos; se realiza estimulación auditiva con una sonaja encontrando el sonido en el primer intento. Nariz simétrica, septum nasal central, fosas nasales permeables, presencia de vellos nasales escasa, no se valora olfato. Boca: íntegra, hidratada de coloración rosada, labios bien delimitados, paladar blando y duro íntegro, encías con presencia de dentición de incisivos centrales inferiores, lengua hidratada y movable, con presencia de papilas filiformes y fungiformes, frenillo inferior largo, úvula central, realiza movimientos de succión y deglución, e inicio de masticación débil. A la valoración del gusto realiza movimientos de desagrado al ofrecerle hígado pero al ofrecerle papilla de manzana se la termino

Manos: Íntegras, simétricas, palmas de color rosácea, llenado capilar inmediato. Medición de la sensibilidad: realizan presión al estímulo de algún objeto, al colocar objetos fríos sobre sus manos la paciente retira la mano, así mismo se proporcionaron objetos con varias texturas y el paciente retiraba la mano en objetos con texturas ásperas, a los estímulos dolorosos en palmas y plantas retiraba la extremidad. Inicia con vocalización esporádica de monosílabos, sin alteración del sonido y lenguaje Escala de Denver acorde a su edad. Evaluación EDI acorde a su edad de crecimiento.

Después de la consulta, se despertó la paciente y se observa tranquila, lleva consigo un llavero de juguete con mordedera de múltiples colores. La paciente se puso a agitar el llavero. Se retiró un momento el llavero y la paciente empezó a buscar donde se encontraba, se realizaron sonidos con el objeto con el fin de que buscara el objeto teniendo una respuesta favorable, la paciente emitió risas cuando le devolvimos el objeto.

Diagnóstico de enfermería:

Comunicación: Independencia en la necesidad de comunicación y recreación relacionado con conocimiento y voluntad del cuidador primario para la realización de terapia de estimulación.

Fecha de identificación: 15 / Marzo/ 2018

Nivel y grado ind/dep: Independencia 2 **Tipo de prioridad:** Baja

Fuente de la dificultad: Ninguna **Rol de Enfermería:** Acompañamiento

Objetivo: La paciente mantendrá la independencia en la necesidad de comunicación y recreación mediante estimulación temprana y actividades de juego para su edad y de esta forma continuar con su crecimiento y desarrollo normal.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de comunicación y recreación cada que se presenten a consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Realizar la recolección de datos generales de la paciente mediante la entrevista, exploración física y observación.</p> <p>b) Realizar la recolección de datos Subjetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes patológicos - Hitos del desarrollo. - Información sobre la comunicación de la paciente. - Actividades que realicen con frecuencia. - Uso de objetos acorde a la edad. - Salidas o paseos <p>c) Realizar la recolección de datos Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Escala de Denver - Reflejos. <p>d) Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Órganos de los sentidos - Entorno - Interacción con los objetos. - Facies de satisfacción de la necesidad <p>e) Realizar el registro de la información obtenida.</p> <p>f) Realizar re – valoraciones de la necesidad oxigenación.</p>	<p>Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras. ¹⁶</p> <p>Recrearse es la necesidad para el ser humano: divertirse con una ocupación agradable con el objeto de obtener un descanso físico y psicológico. ¹⁶</p>

Intervención 2: La enfermera informara al familiar sobre la importancia de la comunicación en el crecimiento de la paciente.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Explicar al familiar que debe estimular el proceso de habilidades en la comunicación. b) Indicar ejercicios de estimulación del lenguaje en la paciente. c) Indicar ejercicios de estimulación de la comunicación y el desarrollo de los órganos de los sentidos. d) Informar a los familiares sobre la importancia de la realización de forma continua de los ejercicios de estimulación temprana. e) Asegurarse que el familiar haya comprendido los ejercicios a realizar para la estimulación del crecimiento de la paciente. 	<p>El seguimiento del desarrollo de los niños durante los primeros años de vida extrauterina es fundamental, ya que es en esta etapa que el tejido nervioso crece y madura y está, por lo tanto, más expuesto a sufrir daño. Debido a su gran plasticidad, es también en esta época cuando el niño responde más a las terapias y a los estímulos que recibe del medio ambiente. Es fundamental que en este período el profesional de salud, junto con la familia y la comunidad en la que está inserto, realice la vigilancia del desarrollo de todos los niños.⁵⁶</p>

Intervención 3: La enfermera aplicara la evaluación del desarrollo infantil de acuerdo a la edad de la paciente para verificar que realice las actividades acorde a su edad

Tipo de intervención: Interdependiente

Acciones	Fundamentación
<p>a) Conocer el funcionamiento de la prueba EDI.</p> <p>b) Reunir el material indicado para la realización de la prueba.</p> <p>c) Realización de cálculo de edad cronológica.</p> <p>d) Realizar cálculo de edad corregida.</p> <p>e) Edad corregida es de 6 meses 25 días al día de la evaluación.</p> <p>f) Evaluación de la motricidad gruesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando usted toma a su bebé de los brazos para sentarlo, ¿él (ella) le ayuda jalando y elevando la cabeza? SI - Cuando usted para a su bebé sobre una superficie plana, ¿aguanta su peso sobre las piernas y tiende a saltar? SI <p>g) Evaluación de la motricidad fina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando su bebé agarra algún objeto, ¿se lo pasa de una mano a otra? SI - Cuando sienta a su bebé encima de usted, ¿intenta insistentemente agarrar un objeto cercano a él (ella), aunque no pueda alcanzarlo? SI <p>h) Evaluación del lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si llama a su bebé cuando él (ella) no le puede ver, - Si usted imita los sonidos que su bebé emite, ¿vuelve él (ella) a repetirlos? SI <p>i) Evaluación social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Se pone intranquilo(a) cuando una persona desconocida trata de cargarlo(a)? SI - ¿Cuando usted se tapa la cabeza con una tela, ¿se ríe cuando usted se destapa? SI <p>j) Resultado: la paciente realiza ejercicios de acorde a su edad.</p>	<p>La prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) es una herramienta de tamizaje diseñada y validada en México para la detección temprana de problemas del neurodesarrollo en menores de 5 años de edad.⁵⁷</p>

Intervención 4: La enfermera explicara el proceso de estimulación temprana para aumentar y mejorar el crecimiento y desarrollo del paciente.	
Tipo de intervención: Interdependiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Informar que debe prestar atención en:</p> <p>b) Realizar ejercicios para estimular la motricidad fina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuéstala boca abajo, apoyada en sus antebrazos, sobre una superficie dura. Colócate detrás de ella y llama su atención con un juguete, intentando que gire hasta quedar boca arriba. - Colócala a gatas y coloca debajo una toalla o cobija enrollada. Muéstrale un juguete para que intente tomarlo hasta que se apoye en una sola mano. - Ponla boca abajo y coloca un juguete un paso adelante. Apoya la palma de tu mano en la planta de su pie y empújalo suavemente para ayudarlo a arrastrarse hacia el juguete. Haz lo mismo con el otro pie. - Acuéstala boca arriba y ayúdala a que se siente, jalándole suavemente las manos. - Siéntala con la ayuda de varios cojines para evitar que se vaya de lado. - Al cambiarle el pañal, frota sus pies uno contra el otro y juega con sus manos ayudándole a aplaudir y a tocarse la cara. Lleva sus manos hacia su boca y sus ojos para que las vea. - Lleva una de sus piernas hacia su estómago y sostenla con tu mano presionando el pie. Haz esto con los dos pies y manos. - Siéntala para que puedas alimentarla, platicarle y vestirla, con el apoyo necesario para que utilice sus músculos y pueda mantenerse derecha. - Si ya empieza a sentarse por sí sola, enséñale a usar las manos para detenerse y apoyarse en el piso. 	<p>“La Atención Temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 – 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta, lo más pronto posible, a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. La intervención temprana posibilita ganancias significativas en el dominio de la motricidad voluntaria, en el rendimiento intelectual, en el desarrollo del lenguaje y en el manejo de las habilidades académicas y sociales.</p> <p>58</p>

Acciones	Fundamentación
<p>c) Motricidad gruesa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coloca en su mano una sonaja u otro objeto pequeño que haga ruido; ayúdale a sacudirlo. - Cerca de sus manos mueve un juguete para atraer su atención y anímalo a tomarlo. Puedes llevar sus manos hacia el juguete. Ayúdale hasta que lo alcance por sí misma. - Una vez con el juguete en sus manos, deja que lo examine y juegue con él, permite que se lo lleve a la boca. - Cuelga objetos de colores llamativos a su alcance (sonajas, móviles, aros con cascabeles). - Toma su mano y toca y nombra diferentes partes de su cuerpo (“pie”, “boca”, “nariz”). - Ayúdale a aplaudir frente a su cara. - Coloca en su mano objetos de diferentes consistencias (una esponja, una cuchara, papel, etc.) y estimúlale a tocarlos. Al hacerlo háblale (pregúntale cuál le gusta más, explícale qué es cada cosa, etc.) <p>d) Lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cada vez que balbucee o grite, imítale y platica con ella. Responder a sus llamados lo motiva a comunicarse. - Es importante hablarle y sonreírle continuamente, no sólo al alimentarlo o vestirlo. - Llámala por su nombre en un tono cariñoso. <p>e) Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siempre premia el esfuerzo de tu bebé con una sonrisa, una caricia, una palabra de cariño. - Cuando platiques ella, hazlo de frente para que pueda ver tu cara. - Colócale frente a un espejo y di: “Aquí está (decir su nombre), este eres tú”. - Tapa su cara con un trozo de tela y espera a que se lo quite, luego, tapa la tuya y anímalo a que te la quite. - Acostumbra a tu bebé a estar con otras personas, a que jueguen con ella. - Haz reír a tu bebé, celebra su risa y disfruta con toda la familia su alegría 	

Intervención 5: La enfermera enseñara al familiar a aumentar el desarrollo sensorial para aumentar el desarrollo de la paciente.

Tipo de intervención: Interdependiente

Acciones	Fundamentación
<p>a) Enseñar al familiar la importancia de los órganos de los sentidos.</p> <p>b) Enseñar al familiar sobre las actividades que puede realizar en casa para estimular los órganos de los sentidos.</p> <p>c) Tacto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencias táctiles y kinestésicas. <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar objetos para que tocando y mirando descubra las cualidades de los objetos que dan sensaciones opuestas: áspero y liso, templado y frío. - Dar materiales para que palpe su textura como pieles, terciopelos, felpas, lanas, etc. - Tocar y describir diferentes partes de un cuerpo. 2. Reconocimiento de objetos familiares. <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar los juguetes y objetos familiares y que juegue con ellos y los identifique. 3. Reconocimiento de objetos complejos y de formas geométricas abstractas. <ul style="list-style-type: none"> - Presentamos formas geométricas sencillas y de colores (un círculo y un cuadrado) <p>d) Vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motilidad ocular. El niño debe ser capaz de seguir un objeto que se desplaza, por ejemplo, lanzar y rebotar una pelota de goma en varias direcciones. - Percepción de formas: figuras y colores semejantes. 	<p>El desarrollo sensorial es el comienzo del desarrollo cognitivo-motor. A través de los sentidos se reciben las primeras informaciones del entorno y se elaboran las sensaciones y percepciones. Éstas constituyen los procesos básicos del conocimiento. Viendo, tocando, oliendo y explorando el entorno mediante el movimiento, el niño va asimilando experiencias y descubriendo los objetos y sus características. Descubre un mundo de colores, sabores, olores, formas, tamaños, sonidos, etc. A partir de las sensaciones y las percepciones se van formando los procesos superiores del conocimiento, la inteligencia y el lenguaje.</p>

Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir la fijación y seguimiento visual. - Ofrecer objetos de color vivo para que mire, como un biberón, un sonajero. - Acercar la cara de una persona hablándole. - Hacer movimientos en horizontal, vertical; acercar y alejar. - Colocar móviles sobre la cuna, cintas o telas de colores colgadas del techo, carillones. - Jugar con objetos que rueden por el suelo, como pelotas. - Imitar diversas acciones. - Cantar canciones sencillas acompañándose de mímica. - Lanzarse pelotas, globos, aviones de papel, cogerlos, mirarlos. - Mirar libros de imágenes sencillas; éstos pueden ser duros o blandos, de plástico, etc. - Manipular cajitas para abrir y cerrar. <p>e) Audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar objetos que hagan ruido, como sonajeros, cascabeles, muñecos de goma con pito, etc., para atraer la atención. - Jugar con juguetes musicales o cajitas de música. - Jugar a hacer mucho ruido para llamar su atención. - Provocar sonidos con el propio cuerpo (dar palmadas, chistar, etc.). - Provocar sonidos de los objetos cotidianos y diferenciarlos (timbre, coche, teléfono) o reconocer los objetos por su sonido. - Imitar sonidos de animales, instrumentos, objetos, etc. - Escuchar y cantarle canciones. 	<p>La inteligencia se desarrolla a partir de informaciones sensoriales y exploraciones motrices desde los primeros meses. Por esto es conveniente estimular y ejercitar los sentidos, a fin de mejorar el mundo cognitivo del pequeño. El educador deberá compensar las carencias socio familiares de algunos niños, proporcionándoles un ambiente rico en estímulos auditivos, visuales, táctiles, etc., y un espacio amplio para moverse y explorar, a fin de ayudarle a construir habilidades perceptivas, motrices, lingüísticas y socio afectivas.⁵⁹</p>

Acciones	Fundamentación
f) Gusto y olfato <ul style="list-style-type: none"> - Son dos sentidos que están muy relacionados y se trabajarán conjuntamente. - Despertar el interés por experimentar con sabores nuevos mediante el inicio de las papillas. - Desarrollar la memoria olfativa y gustativa mediante la ingesta de diversos alimentos. - Hacer que saboree diferentes frutas y olerlas, y posteriormente dárselas para que conozca su textura. 	

Intervención 6: La enfermera enseñara la importancia de utilización de materiales didácticos (juguetes) acorde a la edad del paciente.

Tipo de intervención: Independiente

Acciones	Fundamentación
a) Enseñar al familiar a elegir los juguetes adecuados para el paciente. b) Mencionar que es importante la limpieza continua de estos juguetes para evitar infecciones. c) Explicar por qué es necesario el uso de juguetes durante el juego. Estimula el aprendizaje y el desarrollo neurológico. d) Las características de los juguetes son: <ul style="list-style-type: none"> - Multicolores. - Multitexturas. - Movililes. - Proyecten luces y sonidos. - Juguetes para fijar en la cuna o carreola. - Pelotas blandas con distintas texturas. - Mordedores. - Muñecos de goma. - Sonajeros. - Alfombras, mesas, peluches, gimnasios y centros de actividades. 	El juego es esencial para el desarrollo neuronal y para la coordinación motriz gruesa y fina. Las actividades que ayudan al bebé a tener un mayor control de su cuerpo y a perfeccionar sus aptitudes físicas son de gran relevancia. ⁵⁶

Intervención 7: La enfermera fomentara el aprendizaje mediante la utilización de musicoterapia y lecturas infantiles.

Tipo de intervención: Independiente

Acciones	Fundamentación
<p>a) Informar al familiar sobre los beneficios de la música en el desarrollo neurológico del paciente.</p> <p>b) Informar al familiar sobre los beneficios de la lectura en edades tempranas.</p> <p>c) Mencionar al familiar que puede utilizar herramientas como la voz y la música clásica, de algún instrumento y de sonidos de naturaleza.</p> <p>d) Indicar que deberá leer cuentos para niños con diversas ilustraciones para que le llame la atención del paciente.</p> <p>e) Deberá tener unas bocinas o algún medio para escuchar música de preferencia en volumen bajo y canciones acorde a la edad,</p> <p>f) Estimular a que el paciente utilice su cuerpo durante la musicoterapia.</p>	<p>La musicoterapia es el uso de la música o los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) para promover la comunicación, las relaciones personales, el aprendizaje, la movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para producir cambios a nivel físico, emocional, mental, social y cognitivo. ⁶⁰</p>

Intervención 8: El familiar realizara ejercicios que estimulen el lenguaje de la paciente.	
Tipo de intervención: Interdependiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Enséñale con palabras y movimientos el significado de sí y no. b) En presencia del bebé, oculta un objeto con una manta y pregunta dónde está el objeto escondido; deja que él lo descubra. c) Enséñale con pequeñas acciones la relación causa-efecto; por ejemplo, encender la luz, la radio o un juguete. Repítelas varias veces y motiva al niño a que él las haga. d) Amarra un juguete a una cuerda y enséñale al bebé a acercarse al juguete jalando la cuerda. e) Repite esta acción varias veces e invítalo a que él lo intente. f) Muestra al niño diferentes animales e imita el sonido que hacen. g) Pon distintos géneros de música y baila con el bebé de acuerdo con el ritmo, para que reconozca movimientos lentos y movimientos rápidos. h) Antes de vestir al niño, ayúdalo a que toque la textura de cada prenda para favorecer su percepción táctil. i) Motiva al bebé a repetir algunas palabras sencillas: mamá, papá, agua, etcétera. j) Enséñale el significado del saludo y la despedida por medio de movimientos con sus manos. 	<p>El lenguaje es un medio de comunicación a través de un sistema de símbolos. A través del lenguaje el niño será capaz de relacionarse con sus semejantes y exponer sus deseos y necesidades de forma más precisa.⁶¹</p>

Evaluación:

El inicio del seguimiento de la necesidad de comunicación fue el 3 Noviembre junto con la necesidad de recreación. Durante la hospitalización se dieron 8 seguimientos a esta necesidad; posterior al alta hospitalaria se valoró de nuevo en dos ocasiones más en el servicio de consulta externa el día 15 y 25 de Marzo.

Durante la hospitalización de la paciente, y por la inestabilidad hemodinámica, no se brindaba ejercicios de estimulación temprana, se mantenía la mayor parte del día en sueño fisiológico. Durante la primera valoración se aplicó la escala de Denver, dando como resultado 1 mes de retraso, para la edad de 4 meses la paciente ya debía realizar sonrisa social al 75%, realizar identificación de sonido de campana al 100% y debe vocalizar monosílabos al 100% y la paciente realiza sonrisa en un

25%, empieza a emitir balbuceos en un 25% e identifica sonidos en 25% indicando un retraso de 1 mes. Por otro lado el familiar no tenía conocimientos suficientes sobre los estímulos visuales, auditivos y táctiles que podía ingresar para estimular los sentidos de la paciente, no tenía ni un juguete o sonaja que incitara a desarrollar los sentidos de la paciente. Se planearon intervenciones de enfermería para desarrollar los órganos de los sentidos, explicándole a la madre que debía de llevar juguetes acorde a la edad, sonajas, juguetes de diferentes texturas y colores; el familiar tuvo la disposición para ingresar los juguetes y se enseñaron las técnicas que debía realizar para estimulación de su hija. Así mismo se realizó una interconsulta al servicio de Rehabilitación, le enseñaron diversos ejercicios para realizar y la familiar se apegó a la realización de estos; en una semana la paciente ya seguía los objetos en movimiento, ya intentaba alcanzarlos y volteaba a buscar el origen de los sonidos. Al alta hospitalaria se indicaron los ejercicios que debía seguir realizando en casa los cuales refiere el familiar que los realizaba dos veces por día. En la valoración del 15 de Marzo la paciente se encuentra con una escala de Denver acorde a su edad, emite bisílabos con mayor fluidez. Se realiza la prueba EDI (Evaluación del neurodesarrollo Infantil), se calcula la edad corregida, da como resultado que tiene una edad de 6 meses y realiza los ejercicios de acuerdo a su edad. Hubo un adecuado apego del familiar para el estímulo en el desarrollo de la comunicación y de la recreación de la paciente, lo cual se vio reflejado en el resultado de la escala de Denver. La paciente paso de estar en un grado 3 de dependencia a un grado 1 de Independencia.

4. PLAN DE ATENCIÓN: Movimiento y postura.

Datos Subjetivos: Se realiza entrevista a familiar del paciente, menciona que estuvo cinco meses internada en el hospital, periodo durante el cual se mantuvo con deterioro en la movilización y postura por bajo peso y bajo tono muscular. Se brindó fisioterapia durante su estancia hospitalaria mejorando la movilidad corporal. La madre refiere que al ser dada de alta continuo con los ejercicios que le mando la terapeuta los cuales le ayudaron a mejorar su movilidad. Menciona que inicio con sostén cefálico a los 5 meses. La madre menciona que ya se rueda cuando está en decúbito dorsal inicio a rodarse a los 6 meses, la madre menciona que ya se queda sentada sin apoyo iniciando al finalizar los 7 meses. Cuando la colocan en decúbito ventral la paciente intenta ponerse en posición de gateo. La madre dice que inicia toma objetos los avienta e intenta alcanzarlos.

Datos Objetivos: A la valoración osteomuscular se observa con tono muscular adecuado, presenta periodos de desequilibrio al estar en posición sedente. Cabeza y cuello: normocefálica, fontanela anterior normotensa, huesos cefálicos íntegros, cuello en posición central sin presencia de masas palpables, realiza movimientos de rotación, circunducción, flexión sin dificultad. Vértebras cervicales íntegras. Tórax: simétrico, elíptico, esternón central, vertebras torácicas íntegras. Columna vertebral: se observa con alineación en columna, curvaturas anatómicas de columna normales. Miembros torácicos: Íntegros, simétricos con tono muscular flácido, realiza movimientos de flexión, extensión, circunducción normales, las palmas realiza movimientos prensión la mayor parte del tiempo. Húmero, radio y cubito sin alteración, continuos, en ambos miembros, huesos carpal, metacarpal y falanges íntegros en ambas manos, articulaciones sin alteración. Miembros pélvicos: Se observan simétricos, fémur, tibia y peroné se palpan con continuidad ósea, metatarsos y falanges íntegros, articulaciones sin alteración, movimientos de piernas realiza flexión, extensión, circunducción, sin alteración, tono muscular flácido. Pies sin arco plantar, movimientos dorsiflexión, plantarflexión, inversión y eversión sin alteraciones. En la evaluación de la escala de Denver se encuentra realizando acciones de acuerdo a su edad. Se evalúan pares craneales sin alteración

Diagnóstico de enfermería: Independencia de la necesidad de movimiento y postura relacionado con crecimiento y desarrollo acorde a la edad.

Fecha de identificación: 15/ Marzo / 2018

Nivel y grado ind/dep: Independencia 1 **Tipo de prioridad:** Baja

Fuente de la dificultad: Ninguna **Rol de Enfermería:** Acompañamiento

Objetivo: La paciente continuara con el crecimiento y desarrollo psicomotriz acorde a la etapa de desarrollo que se encuentra mediante ejercicios de fortalecimiento osteomuscular.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de movimiento y postura cada que acudan a consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
a) Realizar la recolección de datos generales b) Realizar la recolección de datos Subjetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Interrogar a la familiar sobre las actividades motoras que realiza la paciente en casa. - Interrogar al familiar sobre las palabras que dice la paciente. - Interrogar sobre el desenvolvimiento social de la paciente. c) Realizar la recolección de datos Objetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Realizar la exploración física de la paciente. - Osteomuscular: Inspeccionar, palpar la integridad ósea, movimiento articular, tono muscular. - Evaluar test de Denver. - Evaluación de pares craneales. d) Realizar el registro de la información obtenida. e) Realizar re – valoraciones de la necesidad cada que acuda a consulta.	El movimiento es un acto desencadenado por el cerebro. Son numerosas las estructuras que participan en el movimiento. Cuando se observa la satisfacción de la necesidad de moverse, es necesario tener en cuenta la integridad de estos sistemas y aparatos la capacidad de sus componentes de asegurar el movimiento. ¹⁶

Intervención 2: El familiar realizara ejercicios que estimulen la movilidad de la paciente.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Recuesta al bebé sobre una almohada para que quede inclinado, después muéstrale un juguete para que intente tomarlo; de esta forma se impulsará hasta quedar sentado.</p> <p>b) Coloca al bebé cerca de las barandas de su cuna y muéstrale un objeto de su agrado para que se apoye en éstas y se incorpore.</p> <p>c) Ponlo boca abajo sobre una manta enrollada, para que de esta manera quede en posición de cuatro puntos, y muéstrale algún juguete para que intente moverse.</p> <p>d) Dale una sonaja y enséñale a pasarla de una mano a otra.</p> <p>e) Enséñalo a aplaudir y anímalo a que repita el movimiento.</p> <p>f) Dobra una manta y pásala bajo el pecho del bebé; álzala con las manos para que quede en posición de cuatro puntos. También puedes motivarlo a avanzar en esta posición.</p> <p>g) Enseña al bebé a sacar objetos de una caja y a volverlos a meter.</p> <p>h) Coloca varios objetos en el piso (pueden ser almohadas y mantas enrolladas o dobladas) para que sirvan de obstáculos cuando el bebé esté gateando y pueda anticipar sus movimientos.</p>	<p>El movimiento en el ser humano sigue una evolución determinada por la genética. Los procesos de movimiento se presentan en todos los niños de cualquier parte del mundo y se manifiestan casi en los mismos tiempos, aunque pueden variar según la cultura y el entorno.⁶²</p>

Intervención 3: El profesional de enfermería enseñara al familiar a realizar ejercicios que estimulen el gateo de la paciente.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
<p>a) Alza al bebé con 1 mano en sus rodillas y la otra en su pecho. Inclínalo en relación a su fuerza, motivándolo a enderezar su espalda.</p> <p>b) Cuando esté en esa posición, inclina el tórax del bebé hacia una mesa para incitarlo a que se apoye con las manos, iniciando un ligero esfuerzo para enderezarse. Ayúdalo gradualmente a que se apoye con los brazos extendidos.</p> <p>c) Si logra hacerlo, dispón objetos llamativos en la mesa para que trate de liberar una mano para agarrarlos.</p> <p>d) Elabora un rodillo con una toalla y coloca al niño boca abajo sobre éste; luego, deja su juguete a poca distancia y encómialo para que lo alcance. Con suavidad, hazlo rodar, sosteniendo sus rodillas o sus tobillos. El bebé sentirá que esto es un juego, pero este ejercicio le permitirá fortalecer su sentido del equilibrio y recuperarlo si lo pierde. Asimismo, reforzará la musculatura de sus extremidades superiores y espalda.</p> <p>e) Afirma al pequeño por las rodillas y el pecho para que se apoye en una mesa, y desliza tu mano del pecho hasta sostenerlo únicamente por los muslos, luego sólo por las rodillas y finalmente por los tobillos, dependiendo de su fuerza.</p> <p>f) Deja a tu hijo en postura de gateo, colocando un juguete cerca de su mano derecha. Si quiere agarrarlo, deberá levantar su mano y luego retornar a la posición inicial, manteniendo el equilibrio. Ve alejando el juguete para obligar al niño a moverse hacia adelante. Repite el ejercicio dejando que juegue hasta que lo logre.</p> <p>g) Si el niño no llega a tocar el juguete en posición de gateo, apóyalo o impúlsalo con tus manos en las plantas de sus pies.</p> <p>h) Una vez que el bebé aprenda a gatear, ponle obstáculos para sortear, como una almohada antes del objeto deseado, para que tenga que pasar sobre él o esquivarlo antes de obtenerlo.</p> <p>i) Si el niño está gateando, ponte frente a él y empújalo con cuidado hacia atrás para que pueda retroceder gateando.</p>	<p>El gateo es un momento evolutivo muy importante, pues supone una adquisición de autonomía frente a los padres y una oportunidad de descubrir y experimentar el entorno. El gateo desarrolla la visión, la tactilidad, el equilibrio, la propiocepción, la motricidad gruesa o desplazamiento con el cuerpo y la motricidad fina, la orientación y discriminación espacial de fuentes acústicas y la futura capacidad de escritura en un solo ejercicio.⁶³</p>

Intervención 4: El profesional de enfermería enseñara al familiar a realizar ejercicios que estimulen a pararse e iniciar la marcha.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
<p>a) Sienta al pequeño en el piso con sus pies apoyados en el suelo y sus tobillos en ángulo recto con las piernas; sus rodillas también deben estar en ángulo recto con los muslos y las caderas con el tronco. Afírmalo de sus muslos y deja que encuentre su equilibrio. Ofrécele juguetes por el lado para que los mire o llámalo para que se dé vuelta.</p> <p>b) Sosteniendo al bebé de los muslos, cuelga un juguete oscilando a la altura de su cabecita o más alto. A medida que trate de agarrarlo, aléjalo. Ayudarás a mejorar su equilibrio.</p> <p>c) Si el niño está sentado, tira con suavidad de ambas manos y ayúdalo a ponerse de pie.</p> <p>d) Sienta al bebé en un piso y acércalo sobre una cama o mesa, dejándolo en esa posición unos minutos mientras lo entretienes del otro lado de la cama o mesa.</p> <p>e) Coloca al niño sobre una cama apoyándolo con tus manos, déjalo en esa posición unos minutos y juega con él.</p> <p>f) La primera vez que logre pararse solito, celebra la ocasión para que experimente esta nueva sensación para él</p>	<p>La marcha es una actividad altamente compleja por la dificultad para mantener el equilibrio que implica, lo cual requiere la consideración de una gran cantidad de informaciones relativas al propio cuerpo y al ambiente. el desarrollo de la marcha corresponde a un proceso de aprendizaje progresivo para producir y modular fuerzas de propulsión.⁶⁴</p>

Intervención 5: El profesional de enfermería enseñara al familiar a identificar los signos de alarma que indiquen algún problema en el crecimiento y desarrollo del sistema osteomuscular.

Tipo de intervención: Interdependiente.

Acciones	Fundamentación
<p>a) Vigilar que el movimiento del paciente sea de manera simétrica.</p> <p>b) Vigilar que no existan movimientos oculares asimétricos.</p> <p>c) Vigilar que pueda movilizar todas las partes del cuerpo.</p> <p>d) Vigilar que no tenga presencia de abultamientos o protuberancias en sistema óseo.</p> <p>e) Vigilar que el crecimiento de las extremidades sea simétrico en ambos miembros.</p> <p>f) Vigilar que la fuerza muscular sea simétrica.</p>	<p>Los signos de alarma en el desarrollo psicomotriz, son un retraso cronológico significativo en la aparición de adquisiciones del desarrollo global o de un área específica, para la edad del niño. También se debe considerar unos signos de alarma la persistencia de patrones que deberían haber desaparecido, la existencia de signos anómalos a cualquier edad. Un signo de alarma no presupone la existencia de un problema, pero obliga a un examen y seguimiento.⁶⁵</p>

Intervención 6: La enfermera vigilara datos de deterioro en la movilidad y postura en la consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Vigilar que no haya puntos de presión en articulaciones. b) Vigilar que no haya rigidez articular durante la movilización. c) Vigilar que no presente dolor a la realización de los ejercicios. d) Evaluar la efectividad de los ejercicios. e) Vigilar que las extremidades no se encuentren con espasticidad. 	El cambio postural debe llevarse a cabo para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre zonas vulnerables del cuerpo y evitar exponer la piel a fuerzas de presión o cizalla. ⁶³

Evaluación.

Para la necesidad de movimiento y postura se realizó una valoración inicial el día 30 de Octubre, se realizaron 14 visitas de seguimiento durante la estancia hospitalaria y se valoró en 1 ocasión durante la consulta externa el 15 de Marzo. Durante la primera valoración se encontró a la paciente con tono muscular bajo, los movimientos corporales estaban disminuidos y tenía pobre reflejo de succión y deglución, a su vez tenía retraso en el área gruesa de Denver debido a que no realizaba sostén cefálico, ni buscaba el origen de los sonidos. Las intervenciones durante la hospitalización tenían como objetivo principal era la movilización continua y fortalecimiento muscular. El profesional de enfermería estaba altamente capacitado para la movilización continua del paciente, logrando el objetivo planteado durante la hospitalización. A su vez se realizaron ejercicios para la movilidad articular, lo cual evito complicaciones en de deformidades óseas por mala postura. Junto con el personal de rehabilitación se brindó terapia osteo – muscular para su fortalecimiento. También se realizaron ejercicios de fortalecimiento en la succión y deglución debido a que era débil su reflejo, mejorando en pocos días este reflejo. La necesidad de movimiento y postura mejoro con la terapia de rehabilitación

y para el alta hospitalaria la paciente ya realizaba mayor movimiento corporal y mejoro el sostén cefálico. Se elaboró un plan de ejercicios que debía realizar la madre con la paciente y durante su consulta externa se revaloro la movilidad y la postura dando como resultado un desarrollo adecuado para la edad, ya se mantiene en sedestacion e inicia a ponerse de pie por si sola sosteniéndose de algún objeto, se observa con fuerza en extremidades para realizar esta actividad, toma los objetos que le llaman la atención valorando el área motora fina sin problema. La madre refiere que vio un avance importante en el desarrollo de la movilidad de su hija. Actualmente se evalúa en independencia grado 1, superando el grado de dependencia 3 que tenía al alta hospitalaria.

5. PLAN DE ATENCIÓN: Seguridad y protección y aprendizaje.

Datos Subjetivos: Se realiza entrevista a familiar del paciente, menciona que estuvo cinco meses internada en el hospital periodo durante el cual adquirió neumonía asociada a ventilación, sepsis nosocomial y fue tratada con antibiótico. La madre dice que no se ha enfermado desde que salió del hospital. El cuidador primario refiere que en casa lleva a cabo medidas de seguridad para que evitar caídas o accidentes. Menciona que después de la hospitalización le colocaron las vacunas que correspondían de acuerdo a la edad, aunque le faltan otras.

Datos Objetivos: A la inspección se observa paciente alerta, coloración rosada de tegumentos, mucosas orales hidratadas. A la valoración de la piel se observa hidratada, delgada, con tono muscular adecuado, signo de lienzo húmedo negativo en antebrazo derecho, con cicatriz hipertrófica en cuello. Se palpa cadena ganglionar preauricular, retro auricular, submaxilar, submentoniano, supra clavicular, de aproximadamente 1 cm no dolorosos, sin compromisos. Se valora desnutrición leve, está en el percentil 10 de la gráfica peso para la edad. La madre muestra cartilla de vacunación incompleta para rotavirus e influenza. La madre menciona que el entorno donde vive es adecuado para la paciente, menciona que trata de mantener en orden el suelo, realiza la limpieza general de la casa cada tres días y limpia los juguetes con agua y jabón para evitar que la paciente se enferme

Diagnóstico de enfermería: Potencial de caídas y lesiones relacionado falta de conocimientos por parte del cuidador primario

Fecha de identificación: 15/ Marzo / 2018

Nivel y grado de ind/dep: Dependencia 3 **Tipo de prioridad:** Media

Fuente de la dificultad: Conocimientos **Rol de Enfermería:** Ayuda

Objetivo: La paciente no presentará caída o lesión en casa mediante medidas de prevención en el hogar.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de seguridad y protección cada que la paciente acuda a consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
a) Realizar la recolección de datos generales b) Realizar la recolección de datos Subjetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Interrogar sobre <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados que realiza para prevenir caídas. • Cuidados que realiza para prevenir accidentes en casa. • Infecciones que ha tenido en los últimos meses. • Cartilla de vacunación. c) Realizar la recolección de datos Objetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar la integridad de la piel en busca de lesiones. - Palpar cadena ganglionar en busca de abultamientos d) Realizar el registro de la información obtenida. e) Realizar re – valoraciones de la necesidad cada que acuda a consulta.	Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física psicológica y social. El medio ambiente contiene muchos peligros tanto visibles como no visibles. La necesidad de un ambiente seguro es un interés nacional, comunitario e individual. ⁶⁶

Intervención 2: El cuidador primario realizara acciones para evitar la prevención de caídas en casa.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
a) La enfermera se asegurara que el cuidador primario tenga la información correcta sobre el cuidado en el hogar. b) Evitar colocar objetos filosos o puntiagudos que estén a la altura del paciente. c) Evitar colocar objetos donde pueda escalar el paciente como bancos o sillas. d) Evitar colocar en la andadera sin supervisión de un adulto. e) Evitar colocar objetos que impidan el libre paso de la paciente. f) Evitar colocar al paciente en la cama sin apoyo de unas almohadas y sin supervisión para evitar que se rueda.	Los accidentes no se producen por casualidad, sino que son la consecuencia predecible de una combinación de factores humanos y ambientales. Lo importante es conocer las causas que los provocan para poder prevenirlos y, así, dejar el mínimo margen a la casualidad. ⁶⁷

Intervención 3: El cuidador primario realizara acciones para evitar ahogamientos.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) La enfermera se asegurara que el cuidador primario tenga la información correcta sobre el la prevención de ahogamientos. b) Guardar objetos pequeños fuera del alcance de la paciente. c) Evitar comprar juguetes muy pequeños. d) Evitar que el niño juegue con canicas u objetos redondeados. e) Evitar que coma dulces pequeños, frutos secos o huesos. f) No darle objetos de plástico suave como globos o bolsas. g) Evitar que duerman con osos de peluche o almohadas muy grandes y lisas. h) Evitar colocar cadenas o cordones en el cuello. 	<p>La aspiración de un objeto – cuerpo extraño– y su alojamiento en la laringe, la tráquea o en los bronquios. Se trata de una situación que puede acarrear graves consecuencias, representando en ocasiones una amenaza inmediata para la vida, estando asociada a una elevada morbimortalidad.⁶⁸</p>

Intervención 4: El cuidador primario realizara acciones para evitar lesiones por quemaduras.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) La enfermera se asegurara que el cuidador primario tenga la información correcta sobre el cuidado en el hogar. b) Evitar mantener al niño en la cocina. c) Evitar colocar cosas calientes sobre el piso o cerca del alcance del niño. d) Evitar colocar los mangos de los sartenes por la parte de afuera de la estufa. e) Tener cuidado cuando se trasporten líquidos calientes. f) Evitar colocar mantel y objetos calientes en la mesa. g) Colocar protecciones en la entrada de los enchufes de la luz. Impedir que se acerquen a la plancha. evitar que el niño juegue con cables, enchufes y aparatos eléctricos, sobre todo que se los ponga en la boca. h) En la bañera, asegurarse de que la temperatura del agua no supere nunca los 38°C 	<p>Las quemaduras son una causa importante de morbimortalidad infantil, constituyendo la tercera causa de muerte por accidente en menores de 14 años y la segunda en menores de 4. Son más frecuentes en varones. La mayoría ocurren en el ámbito doméstico, un 80-90%.⁶⁹</p>

Intervención 5: El cuidador primario realizara acciones para evitar intoxicaciones.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
a) La enfermera se asegurara que el cuidador primario tenga la información correcta sobre la prevención de intoxicaciones. b) Evitar rellenar las botellas de jugo o refresco con productos de limpieza o para el hogar. c) Colocar los productos de limpieza lejos del alcance de los niños. d) Evitar colocar al paciente cerca de alguna fogata, evitar que inhale humo proveniente de la quema de leña. e) En caso de que ingiera algún producto, evitar inducirle el vómito y llevar al paciente al servicio de urgencias más cercano.	Un tóxico es una sustancia de naturaleza química que, dependiendo de la concentración que alcance en el organismo y el tiempo que suceda, actúa sobre sistemas biológicos causando alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas; generalmente trae consigo efectos nocivos que pueden ser desde leves hasta mortales. ⁷⁰

Intervención 6: El cuidador primario realizara acciones para evitar infecciones.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
a) La enfermera informara al cuidador primario sobre la importancia de la vacunación. b) Llevar a cabo la limpieza de superficies y objetos. c) Llevar a cabo la limpieza de alimentos que consumirá la paciente. d) Evitar cambios de temperatura. e) Evitar estar en contacto con personas enfermas. f) Vigilar datos de infección: Fiebre, malestar general, diarrea, vómitos. g) Informar que en caso de síntomas de infección acudir a consulta médica.	Los procesos infecciosos son la causa más frecuente de consulta en pediatría. Es difícil establecer el límite entre normal y patológico en cuanto al número de infecciones presentadas por un niño en un tiempo determinado. Se requiere identificar a los pacientes con una posible inmunodeficiencia por ser la patología más grave y precisar un manejo y tratamiento específico y evitar complicaciones. ⁷¹

Intervención 7: La madre realizara los cuidados a la piel en casa diariamente.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Realizar aseo general cada 24 horas. b) Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción. c) Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo. d) Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. e) Baño en tina diariamente. f) Proporcionar al paciente bienestar y confort. g) Vigilar exudados que provoquen humedad. h) Examinar el estado de la piel a diario, buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones. i) No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.) j) No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar. k) Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama. l) Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro. m) Informar al familiar sobre los cuidados que debe tener a la piel de su hija cuando este en contacto con el sol. n) Deberá colocarle protector solar especial para bebés con spf entre 30 – 50%. o) Evitar darle paseos entre las 12 pm a las 5 pm. p) Colocarle gorra protectora. q) Mantener hidratado al niño cuando este en un clima cálido. 	<p>Por su constitución la piel del lactante puede sufrir lesiones. La piel lesionada propicia el riesgo de infecciones y al no estar intacta la barrera protectora, se transforma en la puerta de entrada de bacterias y hongos.⁷²</p> <p>Las quemaduras solares, reacción aguda y visible de la exposición de la piel a dicha radiación, pueden cursar con lesiones cutáneas graves, destrucción celular y afectación de tejidos anexos, pudiéndose acompañar de edemas y pérdida de líquidos.⁷³</p>

Intervención 8: La enfermera reforzara información sobre la importancia del esquema nacional de vacunación.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) La enfermera informara al cuidador primario la importancia de la vacunación.</p> <p>b) La enfermera verificara que la cartilla de vacunación se encuentre al corriente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - BCG: 1 dosis. (Nacimiento) - Hepatitis B: 3 Dosis. (Nac, 2 y 6 meses) - Pentavalente acelular: (2, 4, 6 meses). - Rotavirus (2, 4, 6 meses) - Neumococo conjugada (2, 4 meses) - Influenza (6, 7 meses) - SRP + Neumococo conjugada (Próxima dosis a los 12 meses. <p>c) Brindar información al cuidador primario sobre cada una de las vacunas y contra que enfermedades protege.</p> <p>d)</p>	<p>El esquema actual de vacunas lo protege específica y adecuadamente contra formas graves de Tuberculosis, Hepatitis B, Difteria, Tos ferina, Tétanos, poliomielitis, enfermedades invasivas contra H. Influenza de tipo b, Sarampión, Rubéola y Paperas, enfermedad diarreica por rotavirus, infecciones invasivas por neumococo y el virus de la influenza.</p> <p>No olvides, que la vacunación es la estrategia más útil y segura para prevenir muertes por enfermedades infecciosas en todo el mundo, hacerlo a tiempo dará a tus hijos protección temprana contra cada una de las enfermedades y sus complicaciones.⁷⁴</p>

Evaluación.

Se realizaron 12 seguimientos de la necesidad de seguridad y protección durante su estancia hospitalaria; la primera valoración fue el día 26 de Octubre del 2017. La última valoración se realizó en la consulta externa el día 25 de Marzo del 2018; en la cual se enseñaron al familiar los cuidados que debe tener en casa para evitar peligros o accidentes.

A la valoración inicial la paciente tenía múltiples factores de riesgo para adquirir infecciones asociadas a la atención de salud, ya que diversos dispositivos invasivos. Durante su estancia en la terapia intensiva adquirió neumonía nosocomial por la ventilación mecánica que tenía y también tuvo sepsis nosocomial por pseudomona

aeuroginosa en el catéter central subclavio derecho, los cuales fueron remitidos con antibioticoterapia durante 46 días. Al ingreso, la paciente solo tenía la vacuna de BCG, el día 28 de Noviembre le aplicaron Hepatitis B, Pentavalente y Neumococo primera dosis sin presentar reacción alguna. El profesional de enfermería a cargo del cuidado de la paciente realizó intervenciones para evitar infecciones, posterior al ingreso al área de hospitalización no presento manifestaciones de infección, llevando a cabo medidas de seguridad estándar contando con el material e insumos necesarios para realizar los procedimientos. Actualmente la madre refiere que las siguientes vacunas ya se las colocaron en el centro de salud de su comunidad, solo queda pendiente las terceras dosis. Al dar de alta a la paciente se brinda educación para la salud a la madre para evitar infecciones en casa.

Durante la última valoración de la necesidad se le enseñó al familiar las acciones que debe seguir para evitar caídas, quemaduras, intoxicaciones por ingestión, ya que la paciente empezara a caminar pronto. La madre refiere que no se le ha enfermado desde el alta hospitalaria y a la valoración la paciente se encuentra con la primer barrera de protección (Piel) integra. Los resultados de los últimos laboratorios fueron normales: Leucocitos de 10,000 mm³. La paciente pasó de un grado 4 de dependencia a un grado 2 de independencia en su última consulta.

6. PLAN DE ATENCIÓN: Eliminación.

Datos Subjetivos: La madre refiere que la paciente no ha tenido problemas para orinar y evacuar. Menciona que al día le cambia de 5 a 6 pañales de orina, esta es amarillo claro, y dos veces de evacuación, de color café claro, pastosa, no . cuantifica los pañales pero menciona que está al pendiente de que orine y evacue por lo menos 5 veces.

Datos Objetivos: Abdomen globoso, a la inspección no se ven masas o protuberancias. A la auscultación por segmentos se identifican 4 movimientos peristálticos por minuto. Se percute matidez en cuadrante superior derecho, colon transverso y colon descendente, se percute timpanismo en cuadrante superior izquierdo con predominio a la parte media y cuadrante inferior derecho. Se palpa abdomen blando depresible, con presencia de materia fecal en flanco izquierdo, no doloroso a la palpación. Genitales íntegros de acuerdo a edad y sexo.

Diagnóstico de enfermería: Independencia de la necesidad de eliminación urinaria e intestinal manifestado por Uresis y evacuación espontanea.

Fecha de identificación: 15/ Marzo / 2018

Nivel y grado ind/dep: Independencia 1 **Tipo de prioridad:** Baja

Fuente de la dificultad: Ninguna **Rol de Enfermería:** Acompañamiento

Objetivo: La paciente continuara con independencia en la eliminación a través de la Uresis y evacuación espontanea en casa.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de eliminación cada que la paciente acuda a consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Realizar la recolección de datos generales de la paciente mediante la entrevista, exploración física y observación.</p> <p>b) Realizar la recolección de datos Subjetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes personales. - Antecedentes urinarios e intestinales, síntomas. - Hábitos en la eliminación. - Hábitos de alimentación: ingesta de líquidos. <p>c) Realizar la recolección de datos Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Signos vitales - Peso y talla - Laboratorios. - Perdidas insensibles. - Balance hídrico. <p>d) Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel. - Aparato Genito – Urinario. - Aparato Intestinal <p>e) Realizar el registro de la información obtenida.</p> <p>f) Realizar re – valoraciones de la necesidad eliminación.</p>	<p>La necesidad de eliminación tiene una gran importancia para la vida ya que con ella se mantiene el equilibrio de líquidos y sustancias del medio interno, y al eliminar las sustancias de deshecho se mantiene un funcionamiento adecuado de los diferentes órganos.⁷⁵</p>

Intervención 2: La enfermera capacitara al familiar para detección de complicaciones de la eliminación urinaria.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
a) Informar al cuidador primario sobre las características normales que debe tener la eliminación urinaria. b) Mencionar al familiar que debe orinar entre 4 – 8 veces durante el día. c) Aproximadamente debe orinar entre 150 – 312ml en 24 horas. d) Vigilar las características de la orina: <ul style="list-style-type: none"> - Color amarillo claro o ámbar. - Olor: no debe ser penetrante. - La orina no debe tener grumos e) Se debe cambiar continuamente el pañal para evitar rozaduras.	La eliminación normal de los residuos urinarios es una función básica de los riñones. Cuando el sistema urinario no funciona adecuadamente, los órganos se ven afectados. ⁷⁶

Intervención 3: La enfermera informara al familiar sobre la importancia de la eliminación intestinal.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
a) Informar al cuidador primario sobre las características normales que debe tener la eliminación urinaria. b) Mencionar al familiar que debe evacuar entre 2 - 4 veces durante el día. c) Explicar al cuidador primario las características de las evacuaciones. <ul style="list-style-type: none"> - Color: Marrón - Olor: Dependerá de la alimentación - Consistencia: Blanda y/o formadas. d) Mencionar al familiar que debe cambiar el pañal cuando haya evacuado para evitar rozaduras.	La eliminación regular de los productos de desecho del intestino es esencial para el funcionamiento normal del cuerpo. Las alteraciones en la eliminación intestinal son, con frecuencia, signos o síntomas tempranos de problemas del tracto gastrointestinal. ⁷⁴

Intervención 4: La enfermera informara sobre los signos y síntomas de dependencia en la eliminación intestinal o urinaria

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) Mencionar al familiar sobre signos y síntomas que debe vigilar en el paciente. b) Eliminación urinaria. <ul style="list-style-type: none"> - Disminución en la frecuencia de las Uresis - Orina con presencia de sangre - Cambio de coloración en la orina (amarillo oscuro, verde, rosa) - Olor concentrado. - Presencia de grumos. c) Eliminación intestinal. <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la frecuencia de la evacuación. - > de 10 veces por día, o mayor a 4 veces en menos de 3 horas. - < 3 veces en una semana. - Cambios en la coloración de las heces. (Verde, negra, blanca) - Cambios en la consistencia de la evacuación. (Líquida, totalmente dura). - Distensión abdominal. 	Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizable, formados durante el proceso de la digestión. ⁷⁴

Intervención 5: La enfermera enseñara al familiar a realizar cuidados intestinales en caso de tener estreñimiento.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) En caso de que la paciente tenga estreñimiento podría dar tratamiento alternativo para el estreñimiento. b) Masaje del abdomen del niño: empezar el masaje suave en el ombligo y continuar en círculos hacia afuera, en el sentido de las agujas del reloj. Un poco de aceite corporal o crema en los dedos facilita esta tarea. c) Acostado sobre su espalda, sujetar las piernas y girarlas suavemente con un movimiento circular y rápido. Así se estimula el movimiento de los músculos del abdomen y, de paso, se ejerce una ligera presión sobre los intestinos para inducir su movimiento. d) Con un baño templado el bebé se relajará y sus deposiciones pasarán con mayor facilidad. Una vez que se encuentra	Cuando el niño comienza a tomar alimentos de transición o sólidos, la frecuencia de las deposiciones, su aspecto y su consistencia dependerán del tipo de alimentación recibida. Las deposiciones irán tomando el aspecto normal en cuanto a consistencia y olor. La frecuencia de sus deposiciones varía,

Acciones	Fundamentación
<p>e) relajado en el baño, puede darse un masaje en el estómago, como se ha descrito antes.</p> <p>f) No introducir termómetros u otros objetos en el ano para estimular el movimiento de los intestinos, puesto que puede hacerle daño.</p> <p>g) De acuerdo a la edad de la paciente la dieta puede aumentar el tránsito intestinal mediante más purés de verduras y frutas. Éstos son ricos en fibras que ayudarán a prevenir el estreñimiento.</p> <p>h) Evitar alimentos que estriñen, que provocan heces más duras, como el plátano, manzana sin piel, patata, zanahoria y arroz, principalmente.</p>	<p>oscilando entre una y varias veces al día, incluso una vez cada dos días. Al llegar a esta fase, algunos bebés pueden sufrir ligeros estreñimientos. Esto se produce por la necesidad de los intestinos de acostumbrarse a la nueva composición de los nutrientes.⁷⁷</p>

Intervención 6: La enfermera informara sobre los signos y síntomas de deshidratación

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
<p>a) Mencionar al familiar sobre los datos que sugieren deshidratación en su paciente.</p> <p>b) Vigilar los siguientes datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llanto sin lágrimas. - Descenso de fontanela anterior. - Disminución del número de Uresis en el día. - Debilidad. - Perdida del estado de alerta. - Piel fría y sudorosa. - Boca y lengua secas. - Ojos hundidos. - Ausencia de orina en 12 horas <p>c) Mencionar al familiar que debe vigilar la presencia de alguno de estos síntomas.</p> <p>d) Informar que debe acudir a urgencias en caso de los síntomas.</p>	<p>La deshidratación en el paciente pediátrico es una de las causas de morbimortalidad más importantes en países en vía de desarrollo; por tanto, es imprescindible el correcto manejo de esta patología con el fin de disminuir los desenlaces fatales y prevenibles de la enfermedad.⁷⁸</p>

Intervención 7: La enfermera reforzara información sobre el cuidado perineal durante el cambio de pañal.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) Informar al familiar sobre la importancia del cuidado de la zona perineal. b) Inspeccionar zona perineal. c) Mencionar al cuidador primarios que la zona perineal debe estar seca para evitar infecciones. d) Reforzar la limpieza en cada cambio de pañal de acuerdo a sexo. e) Colocar pomada para evitar rozadura en cada cambio de pañal. f) Antes del cambio del pañal se debe: <ul style="list-style-type: none"> - Lavar las manos con agua y jabón - Tener a mano todos los productos a necesitar: un pañal de una talla adecuada, toallitas desechables y sin perfume, crema protectora para evitar irritaciones, una toallita seca. - Al quitar el pañal sucio, es conveniente dejar la piel del bebé al aire libre. - Observar las características de la orina y la evacuación. - Realizar aseo con toallitas húmedas de adelante hacia atrás evitando regresar a la vulva. - En caso de que el bebé presente alguna irritación o eczema ponerle una crema para tratar la zona. 	La piel del recién nacido y lactante es un tejido muy delicado, por lo que requiere unos cuidados muy exquisitos. Estos cuidados han de ser esmeradísimos en el área del pañal, por estar dicha zona en contacto con las heces y orina, siendo, por esta razón, especialmente vulnerable a irritaciones. ⁷⁰

Evaluación.

La valoración inicial de la necesidad se realizó el 26 de Octubre del 2017 en hospitalización de Pediatría I y II, se realizaron 6 seguimientos posteriores y una valoración final el día 15 de Marzo.

La paciente no tuvo complicaciones en la necesidad de eliminación, la renal e intestinal se mantuvieron funcionales. Se le realizaba el cambio de pañal de 5 – 6 veces por día para diuresis, esta era de color claro su gasto urinario estaba en 3 ml/Kg/hora. La evacuación intestinal era dos veces por día en cantidad moderada de color café claro. Se tuvo el material necesario para el cambio frecuente de pañal y se mantuvo con balances hídricos neutros. El personal de enfermería realizó las intervenciones necesarias para el cambio de pañal. Al alta hospitalaria se dio enseñanza al familiar para llevar un control adecuado de la eliminación, así como datos de alarma que indiquen problemas en la eliminación tanto urinaria como intestinal. El paciente se mantuvo en independencia grado 1.

7. PLAN DE ATENCIÓN: Termorregulación.

Datos Subjetivos: Se realiza entrevista a familiar del paciente, indica que durante su hospitalización en presento un cuadro de sepsis y elevación de la temperatura corporal, iniciando tratamiento con antibioticoterapia, y antipiréticos. Posterior al alta hospitalaria refiere que no ha tenido aumento de la temperatura corporal, refiere que después del baño sus pies y manos se perciben frías. Niega alergias.

Datos Objetivos: A la inspección se observa paciente activa, alerta, mucosas orales hidratadas, coloración de tegumentos rosada, piel integra, presenta escaso panículo adiposo, se palpan extremidades frías en comparación con tórax, llenado capilar inmediato sin cambio de coloración en lechos ungueales; se encuentra arropada con guantes y calcetines y está cubierta con una sábana y cobija. El entorno se encuentra sin corrientes de aire; refiere que en casa realiza el baño con agua tibia pero aun así presenta perdida de calor por conducción en extremidades, pero sin pérdida de calor en tórax, mejorando en aproximadamente 15 minutos.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de hipotermia relacionado con pérdida de calor por conducción y reserva insuficiente de grasa subcutánea.

Fecha de identificación: 15/ Marzo / 2018

Nivel y grado ind/dep: Independencia 1 **Tipo de prioridad:** Baja

Fuente de la dificultad: Ninguna **Rol de Enfermería:** Acompañamiento

Objetivo: La paciente mantendrá la temperatura corporal entre 36.5 y 37.2 °C a través de la enseñanza del familiar para mantener la temperatura corporal normal.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de termorregulación cada que la paciente acuda a consulta externa.

Tipo de intervención: Independiente

Acciones	Fundamentación
a) Realizar la recolección de datos generales b) Realizar la recolección de datos Subjetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Interrogar a la familiar sobre cuál es la temperatura corporal de la paciente. - Interrogar sobre acciones que realiza cuando disminuye o aumenta la temperatura corporal. c) Realizar la recolección de datos Objetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Realizar la exploración física de la paciente, toma de temperatura e palpación de la temperatura del cuerpo y extremidades. d) Realizar el registro de la información obtenida. e) Realizar re – valoraciones de la necesidad cada que acuda a consulta.	La temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango para asegurar su correcto funcionamiento, para lo que dispone de una serie de mecanismos de pérdida y ganancia de calor para regularla (termorregulación). <small>79</small>

Intervención 2: La enfermera informara al familiar sobre la importancia de mantener la temperatura corporal dentro de parámetros normales.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) Informar que su paciente debe mantener la temperatura corporal entre 36.2 a 37.2°C. b) Señalar al familiar las acciones que debe hacer si la temperatura esta elevada. c) Avisar al familiar que cuando la temperatura sea mayor a 38°C debe acudir a consulta médica para verificar cual es la causa de la fiebre. d) Mencionar al familiar que puede darle Paracetamol a 10mg/Kg/dosis en caso de que no disminuya su temperatura y en caso de estar lejos de un consultorio. <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 65mg vía oral cada 8 horas. e) Informar que debe si la temperatura está por debajo de 36.2°C deberá arropar al paciente hasta que recupere la temperatura normal. f) Informar que su paciente debe mantener la temperatura corporal entre 36.2 a 37.2°C.	La termorregulación es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro del rango normal. En lactante, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados. ⁸⁰

Intervención 3: La enfermera informara sobre los signos y síntomas de alerta que indiquen hipertermia.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Informar al familiar que si su paciente tiene algunos de los signos y síntomas que indiquen hipertermia deberá tomar la temperatura corporal.</p> <p>b) Signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llanto inconsolable, - Nauseas - Vómitos - Agotamiento - Piel fría y sudorosa - Taquicardia - Rubicundez - Sequedad de boca - Piloerección - Escalofrío <p>c) Informar que debe acudir a revisión médica.</p>	<p>El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando la temperatura sobrepasa el nivel normal prefijado se activan mecanismos como vasodilatación, la hiperventilación y sudoración que promoviendo la pérdida de calor.⁸¹</p>
Intervención 4: La enfermera informara sobre los signos y síntomas de alerta que indiquen hipotermia.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Informar al familiar que si su paciente tiene algunos de los signos y síntomas que indiquen hipotermia deberá tomar la temperatura corporal.</p> <p>b) Signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somnolencia - Debilidad y pérdida de coordinación - Piel pálida y fría - Confusión - Temblor incontrolable - Frecuencia cardíaca o respiratoria lentas <p>c) Indicar que debe iniciar con el calentamiento del paciente.</p> <p>d) Deberá arropar al paciente hasta que recupere la temperatura habitual.</p>	<p>Si, la temperatura cae por debajo del nivel normal prefijado se activan mecanismos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que causan escalofríos y promueven la generación de calor.⁷⁹</p>

Intervención 5: La enfermera indicara el uso correcto de la medicación antipirética.	
Tipo de intervención: Interdependiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Verificar las indicaciones médicas.</p> <p>b) Seguir el procedimiento para la ministración correcta de medicamentos.</p> <p>c) Instruir al familiar sobre la ministración de medicación mediante vía oral.</p> <p>d) Recomendaciones: Seguir los principios de la administración de medicación.</p> <p>e) Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.</p> <p>f) Informar al familiar las posibles interacciones farmacológicas del medicamento.</p> <p>g) Informar al familiar sobre los posibles efectos adversos que pueda presentar. (Nausea, vomito, dolor abdominal, rash, prurito)</p> <p>e) Terapia farmacológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 14 Gotas (65mg) vía oral cada 8 horas solo en caso de fiebre. 	<p>La seguridad en el manejo de medicamentos de tiene como objetivo alcanzar la máxima calidad asistencial pero también con la máxima seguridad, no puede existir calidad si no existe seguridad. (GPC,2014)</p> <p>Paracetamol. Analgésico y antipirético, inhibidor de la síntesis periférica y central de prostaglandinas, por acción sobre la ciclooxigenasa. Bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura. Su acción antiinflamatoria es muy débil y no presenta otras acciones típicas de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), por ejemplo efecto antiagregante o gastrolesivo.⁴²</p>

Intervención 6: La enfermera le enseñara al familiar otros medios para disminuir la temperatura corporal.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Mencionar que puede iniciar con fomentos de agua fría (25°C) antes que la terapia farmacológica.</p> <p>b) Indicar que deberá iniciar con esta terapia cuando la temperatura sea $\geq 38^{\circ}\text{C}$</p> <p>c) Deberá colocar paños de algodón sobre la cabeza y abdomen, previamente humedecido.</p> <p>d) Cambiar los paños de agua fría cada 5 a 10 minutos.</p> <p>e) Los paños</p> <p>f) Volver a tomar la temperatura después de 30 minutos.</p> <p>g) Vestir con poca ropa.</p> <p>h) Mantener hidratado al paciente.</p> <p>i) Indicar al familiar que si la fiebre persiste por más de 48 hrs deberá acudir a revisión.</p>	<p>Existen algunos procedimientos basados en la fisiología de la temperatura corporal y comprobados por la experiencia clínica como útiles para descender la temperatura corporal. Primeramente se debe colocar en un ambiente fresco y ventilado, con lo que se logra favorecer la pérdida de calor por conducción 15%, si se desnuda al paciente se pierde por irradiación 50%, y por evaporación 30% (25% por la piel y 5% por la vía aérea) al retirar la ropa se favorece la pérdida por convección (5%).⁸²</p>

Intervención 7: La enfermera dará información sobre los cuidados que debe tener el familiar durante el baño.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Considerar la edad del paciente al realizar la intervención.</p> <p>b) Reunir el material necesario para realizar el baño.</p> <p>c) Proporcionar los objetos personales deseados.</p> <p>d) Explicar al familiar que debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar el baño en una bañera especial para bebés. - La temperatura del agua debe estar entre 32 y 37°C. - Realizar el baño en menos de 10 minutos. - Explicar al familiar que el baño de realizarse de manera cefaloacudal. - Realizar el secado corporal evitando humedad. <p>e) Vigilar la integridad cutánea.</p>	<p>Durante el aseo, de los lactantes, tiene lugar un marcado descenso de la temperatura corporal, tanto central como periférica.</p> <p>Tras el aseo, estos recién nacidos presentan una indicativa de estrés térmico, durante períodos prolongados.⁸³</p>

Acciones
f) Al finalizar el baño debe arropar al paciente para evitar pérdida de calor. Mencionar que el baño de preferencia debe ser a medio día. g) Proporcionar un ambiente que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. h) Facilitar que el cuidador primario realice el baño del paciente. i) Fomentar la participación del padre en el aseo de la paciente. Proporcionar ayuda hasta que el cuidador primario pueda realizar el baño sin dificultades.

Intervención 8: La enfermera le enseñara al familiar la importancia de la temperatura ambiental para mantener la temperatura de la paciente.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) Evitar corrientes de aire. b) Evitar climas fríos sin que el paciente este arropado. c) Evitar que el paciente tenga contacto directo al sol por mucho tiempo. d) Evitar que el paciente este muy arropado en un ambiente caluroso. e) Evitar cambios bruscos de temperatura. De un lugar frio a caliente o viceversa. f) La paciente se tiene que mantener hidratada en todo momento.	La temperatura del medio ambiente puede influir produciendo enfriamiento (hipotermia) o sobrecalentamiento (hipertermia). ⁸⁴

Evaluación.

Se valoró la necesidad de termorregulación desde el día 27 de Octubre del 2017, se dio seguimiento en 6 ocasiones durante su estancia hospitalaria, y un seguimiento en consulta externa el día 25 de Marzo.

La paciente presento diversos picos febriles durante su estancia hospitalaria debido a infecciones que presentaba en ese momento. Después de la remisión de las infecciones no volvió a presentar picos febriles; después del baño de esponja disminuía la temperatura de las extremidades mejorando rápidamente. Se contó con los insumos adecuados para la atención del paciente cuando presentaba fiebre, así mismo el profesional de enfermería está capacitado para la atención de la hipertermia y realizo las intervenciones planeadas. El familiar menciona que en su hogar solo ha presentado fiebre de 38°C posterior a la ministración de la vacunación, tratándola con Paracetamol previamente indicado. Se inspecciona a la paciente con eutermia, con igualdad en la sensación térmica en las extremidades y el tórax. La paciente paso de un grado de dependencia 3 a un nivel 1 de independencia de la necesidad de termorregulación

8. PLAN DE ATENCIÓN: Higiene.

Datos Subjetivos: En el hospital, el personal de enfermería junto con la mamá realizaba el baño de esponja diario. En casa la madre realiza el procedimiento, con apoyo del padre. Menciona que el baño lo realizan diario al medio día en una tina para bebe y el agua a una temperatura templada, utilizan una esponja suave y con jabón neutro. Inician con la cabeza, cara, orejas, ojos; posteriormente realizan el baño de cuerpo, realizan el lavado perineal al finalizar el cuerpo, enjuagan con agua limpia, secan a la paciente con una toalla seca y le colocan crema en el cuerpo y la visten y arropan. El cambio de pañal lo realizan cada que orina o evacua el paciente colocándole crema para rozaduras cada cambio de pañal. Las uñas se las cortan cada que lo requiere con un corta uñas para bebe. Se realiza el cambio de ropa diaria.

Datos Objetivos: La paciente se observa aseada, piel hidratada limpia, cuero cabelludo limpio, cabello fino y corto con adecuada implantación, oídos con cerumen escaso, fosas nasales hidratadas con escasa secreción, mucosas orales limpias, sin presencia de perlas dentarias, sialorrea escasa, lengua color rosa. Ombligo aseado. Genitales de acuerdo a edad y sexo, genitales limpios; piel integra e hidratada en el área del pañal. Manos y pies con uñas cortas y limpias, espacios interdigitales limpios. Ropa adecuada para la edad, limpia.

Diagnóstico de enfermería: Independencia de la necesidad de higiene relacionado con higiene corporal y ropa limpia.

Fecha de identificación: 15 / Marzo /2018

Nivel y grado ind/dep: Independencia 1 **Tipo de prioridad:** Baja

Fuente de la dificultad: Ninguna **Rol de Enfermería:** Acompañamiento

Objetivo: El paciente continuara en independencia en los hábitos higiénicos personales de acuerdo a su edad.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de higiene cada que acuda a consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
a) Realizar la recolección de datos generales de la paciente b) Realizar la recolección de datos Subjetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos higiénicos. - Forma de realizar el baño. - Características del baño. c) Realizar la recolección de datos Objetivos <ul style="list-style-type: none"> - Observar la higiene del paciente y características de las ropas. d) Realizar el registro de la información obtenida. e) Realizar re – valoraciones de la necesidad cada que acuda a consulta.	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 microbios.

86

Intervención 2: La enfermera brindara apoyo con el cuidado al lactante: Baño/ higiene.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
a) Reunir el material necesario para realizar el baño. b) Proporcionar los objetos personales deseados. c) Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. d) Facilitar que el cuidador primario realice el baño del paciente. e) Realizar el secado corporal evitando humedad. f) Vigilar la integridad cutánea. g) Fomentar la participación del padre en el asea de la paciente. h) Proporcionar ayuda hasta que el cuidador primario pueda realizar el baño sin dificultades.	Hasta el final del segundo año, el baño diario del bebé deberá ser norma obligada, ya que le proporciona limpieza, satisfacción y sirve como iniciación de los hábitos de limpieza para edades posteriores; a la vez que se estrecha la relación madre - hijo. ⁸⁵

Intervención 3: La enfermera reforzara la enseñanza a los padres sobre el aseo de la paciente.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
<p>a) Enseñar a los padres a realizar el aseo adecuado para la paciente.</p> <p>b) Dar información sobre estrategias para realizar el baño.</p> <p>c) Informar sobre el material adecuado para realizar el baño.</p> <p>d) Baño de esponja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidar de la privacidad del paciente - Retirar colcha y cobertor, doblarlos y colocarlos en el respaldo de la cama y dejar la sabana superior cubriendo al paciente - Retirar la ropa del paciente y colocarlos en el depósito de ropa sucia - Mezclar agua fría y caliente en el lavamanos a la temperatura deseada - Utilizar una esponja para fricción e impregnarla de jabón. - Lavar, enjuagar y secar la cara, las orejas y el cuello con la toalla para haciendo movimientos suaves - Colocar lebrillo debajo de la cabeza y lavar el cabello, enjabonar y friccionar con las yemas de los dedos, enjuagar y secar. - Iniciar el lavado de cuerpo por cuello, tórax, y extremidades superiores, enjuagar y secar. - Continuar con abdomen y extremidades inferiores, lavar, enjuagar y secar teniendo especial cuidado en los pliegues y el ombligo. - Realizar lavado genital y secar perfectamente. - Girar al paciente en decúbito lateral, lavar, enjuagar y secar la nuca, la espalda y los glúteos. - Colocar camisón o saco de pijama limpio y dejar la paciente en decúbito dorsal. - Terminar de vestir al paciente y arreglar la cama de acuerdo con el procedimiento de cama ocupada - Proporcionar al paciente bienestar y confort. <p>e) Enseñar a los padres cuales son las medidas de seguridad que deben tener al realizar el baño.</p> <p>f) Informar sobre el tipo de jabón que deben utilizar, hipoalergenico para bebés.</p> <p>g) Enseñar a los padres a realizar un adecuado cambio de pañal.</p> <p>h) Informar sobre los cuidados que deben tener para estar aseado (Uñas, nariz, oídos, genitales)</p>	<p>Los padres, familiares o cuidadores de los niños son responsables primarios de la salud de los niños a su cargo. Conocer aspectos relacionados con esta tarea les permite desempeñar este rol con mayor eficiencia y seguridad.⁸⁷</p>

Intervención 4: La enfermera reforzara información sobre el cuidado del cabello de la paciente en consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
a) Informar al familiar sobre la importancia del cuidado del cabello. b) Inspeccionar diariamente el cabello. c) Lavar el cabello antes del baño corporal, diariamente. d) Utilizar shampoo para bebés. e) Secar el cabello perfectamente. f) Utilizar un peine de cerdas suaves, de acuerdo a edad. g) Realizar el peinado diario y colocar aditamentos como moños.	El cabello se debe de lavar a diario, con el baño, sin introducir la cabeza en el agua. ⁸⁴

Intervención 5: La enfermera reforzara información sobre el cuidado de los ojos de la paciente en consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
a) Informar al familiar sobre la importancia del cuidado de los ojos. b) Informar al familiar sobre la importancia de no colocar objetos extraños en los ojos. c) Realizar el aseo ocular previo lavado de manos. d) Indicar que el aseo ocular se debe realizar con agua corriente y con un paño limpio. e) Mencionar que el procedimiento lo deberá realizar dos veces por día. <ul style="list-style-type: none"> - Estableceremos una correcta higiene del ojo con suero fisiológico o agua potable para limpiar su interior de residuos legñosos. - Con el bebé acostado boca arriba, pondremos el suero en vertical para que caiga en el globo ocular e inclinaremos suavemente la cabeza del bebé hacia el lado de cada ojo para que caiga el suero restante del interior del ojo hacia fuera. - Limpiar los párpados delicadamente mediante toallitas o gasas húmedas, eliminando los restos de legañas presentes en el exterior de los ojos. - Es importante utilizar una toallita o una gasa para cada ojo. - El movimiento de limpieza debe ser desde la parte interior de los párpados hacia el ángulo externo del ojo. 	La vista es el sentido más importante que posee el ser humano, y el ojo es el órgano que lo hace posible. De ahí la importancia de dedicarle un cuidado especial y prestar atención a cualquier molestia o anomalía que pudiera surgir durante los primeros meses de vida. ⁸⁸

Intervención 6: La enfermera reforzara información sobre el cuidado de los oídos de la paciente en consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Informar al familiar sobre la importancia del cuidado de los oídos. b) Observar las características del oído y el cerumen. c) Realizar la limpieza del oído externo con un paño húmedo. d) Irrigar el oído con unas gotas de agua oxigenada e) Mencionar al familiar que no debe introducir objetos al oído. f) Enseñar a los padres a limpiar los oídos del lactante. g) Enseñar a los padres los signos de infección de oído. h) Instruir a los padres sobre la importancia de realizar pruebas auditivas 	La limpieza de los oídos debe limitarse a su parte externa con el ánimo de no causar daños ni generar un tapón de cera en su parte interna. ⁸⁹

Intervención 7: La enfermera reforzara información sobre el cuidado de la cavidad oral de la paciente en consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Informar al familiar sobre la importancia del cuidado de la cavidad oral. b) Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito. c) Realizar la limpieza de cavidad oral con agua corriente y una gasa estéril. d) Realizar la limpieza de la cavidad oral por lo menos tres veces al día. e) Realizar la limpieza de la lengua, los carrillos y encías. f) Indicar los cuidados que deben tener a los dientes cuando inicie con la dentición. 	La buena higiene oral es el factor más importante para evitar la caries y las enfermedades de las encías. Mientras más temprano empieces con la higiene bucal en el bebé, mejor. ⁹⁰

Intervención 8: La enfermera reforzara información sobre el cuidado de las uñas de la paciente en consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Informar al familiar sobre la importancia de tener las uñas cortas y limpias. b) Ayudar en la limpieza de las uñas. c) Controlar el largo de las uñas mediante el corte continuo de uñas. d) Realizar el corte de uñas después del baño, o realizar el corte de uñas previamente humedecidas con agua templada. e) Enseñar al cuidador primario a realizar el corte de uñas. 	Las uñas se deben mantener cortas y limpias ya que son vehículos de infecciones, sobre todo gastrointestinales, por la tendencia a llevarse las manos a la boca y además se pueden producir arañazos. ⁸⁴

Intervención 9: La enfermera reforzara información sobre el cuidado perineal de la paciente en consulta externa.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Informar al familiar sobre la importancia del cuidado de la zona perineal. b) Inspeccionar zona perineal. c) Mencionar al cuidador primarios que la zona perineal debe estar seca para evitar infecciones. d) Reforzar la limpieza en cada cambio de pañal de acuerdo a sexo. e) Colocar pomada para evitar rozadura en cada cambio de pañal. f) Informar que debe realizar el aseo genital durante el baño, posterior al baño el secado de la zona. <ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos con agua y jabón - Tener a mano todos los productos a necesitar: un pañal de una talla adecuada, toallitas desechables y sin perfume o una esponja natural, crema protectora para evitar irritaciones, una toallita seca. - Al quitar el pañal sucio, es conveniente dejar la piel del bebé al aire libre. - Realizar aseo con toallitas húmedas de adelante hacia atrás evitando regresar a la vulva. - En caso de que el bebé presente alguna irritación o eczema ponerle una crema para tratar la zona. 	La piel del recién nacido y lactante es un tejido muy delicado, por lo que requiere unos cuidados muy exquisitos. Estos cuidados han de ser esmeradísimos en el área del pañal, por estar dicha zona en contacto con las heces y orina, siendo, por esta razón, especialmente vulnerable a irritaciones. ³⁹

Intervención 10: La enfermera reforzara información sobre la higiene de la ropa.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
a) Informar al familiar sobre la importancia de la ropa limpia. b) Menciona al cuidador primario sobre la importancia del lavado de la ropa del paciente c) Informar la forma en como lavar la ropa del lactante. <ul style="list-style-type: none"> - Debe lavarse a mano con jabón neutro. - No colocar suavizantes de tela o cloro a la ropa. - Dejar secar al aire para evitar humedad. 	La piel de los bebés es muy sensible ante a algunos agentes químicos presentes en los detergentes y suavizantes que, al contacto con ella, pueden causar irritaciones, picor y reacciones alérgicas. ⁹¹

Evaluación.

Se realizó la valoración de la necesidad en 6 ocasiones durante su estancia hospitalaria, iniciando con una valoración inicial el día 27 de Octubre del 2017. El 15 de Marzo se dio el último seguimiento de esta necesidad.

El baño y aseo lo realizaban diario por las mañanas, mientras estaba hospitalizada la paciente, junto con el aseo de ojos, boca, oídos y nariz. El aseo de genitales lo realizaban en cada cambio de pañal. La enfermera diariamente realizaba el baño junto con el familiar. El material y equipo estaba disponible para la realización de las intervenciones planeadas. Durante el último seguimiento se valora la higiene de la paciente, la piel se encuentra limpia, los ojos oídos y nariz se encuentran aseados, la lengua presenta restos de leche, pero las encías y perlas dentarias están limpias, el corte de uñas lo realiza una vez cada 15 días y se observan las uñas cortas y limpias; menciona que el baño lo realiza a medio día. Y el lavado de la ropa de la paciente lo realiza cada tercer día. Al realizar el cambio de pañal durante la consulta se observa que los genitales están aseados con la piel integra. Las intervenciones realizadas por el familiar son las adecuadas para mantener la adecuada higiene de la paciente. Se mantiene en independencia grado 1.

9. PLAN DE ATENCIÓN: Vestido y desvestido.

Datos Subjetivos: El cuidador primario menciona que el cambio de ropa lo realiza diario, aunque durante el día valora si necesita otro cambio de ropa; indica que la ropa la compra de acuerdo a su edad, tiene varias mudas de ropa los cuales van desde pañaleros, camisetas, entre otros, la mayoría de color rosa, también acostumbra a peinarla y colocarle adorno en el pelo.

Datos Objetivos: Se observa paciente con ropa de acuerdo a edad, de material de algodón, acorde con el clima; presenta accesorios en el pelo de color rosa. Movilidad de extremidades sin alteración.

Diagnóstico de enfermería: Independencia del vestido relacionado con cambio de ropa diaria de acuerdo a edad.

Fecha de identificación: 15/ Marzo /2018

Nivel y grado de ind/dep: Independencia 1

Tipo de prioridad: Baja

Fuente de la dificultad: Ninguna

Rol de Enfermería: Acompañamiento

Objetivo: La paciente mantendrá independencia de la necesidad de vestido y desvestido, de acuerdo a su edad, mediante intervenciones de cambio de ropa personal que realizara el cuidador primario.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de vestido y desvestido cada mes.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
a) Realizar la recolección de datos generales de la paciente mediante la entrevista, exploración física y observación.	Es importante que el profesional de enfermería realice una valoración exhaustiva de la necesidad de vestirse y desvestirse y evaluar la dependencia o independencia del paciente. ¹⁶
b) Realizar la recolección de datos Subjetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos del familiar sobre el cuidado de la paciente durante su vestido - Significado de la vestimenta para el cuidador primario. - Condiciones de la ropa elegida. - Cuidados de la ropa elegida. 	
c) Realizar la recolección de datos Objetivos <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Motricidad fina y gruesa. 	
d) Exploración física <ul style="list-style-type: none"> - Movilidad de miembros torácicos y pélvicos. - Aspecto del vestido, ropa de acuerdo a edad y sexo, 	

<ul style="list-style-type: none"> - Características de la ropa y accesorios. e) Observar la capacidad del cuidador primario para vestir a la paciente. Realizar el registro de la información obtenida. f) Realizar re – valoraciones de la necesidad de vestido - desvestido. 	
--	--

Intervención 2: La enfermera brindara asistencia en la necesidad de vestido desvestido en casa.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Identificar las áreas en las que el cuidador primario necesita ayuda. b) Observar la capacidad del cuidador primario para vestir a la paciente. c) Fomentar la participación del cuidador primario para el vestido de la paciente. d) Vestir al paciente después de su higiene corporal y con ropa de acuerdo a su edad. e) Cambiar la ropa del paciente cuando lo necesite. f) Utilizar ropa limpia en cada cambio de muda. g) Considerar la edad del paciente para su vestimenta. h) Considerar la cultura del paciente/familia para su adecuada vestimenta. i) Proporcionar asistencia hasta que el cuidador primario sea capaz de satisfacer la necesidad de la paciente. j) Mantener la intimidad y respeto hacia el paciente. 	<p>Los cuidados básicos de enfermería comprenden la función de ayudar al paciente a seleccionar debidamente las ropas y ayudarle también a que haga el mejor uso posible de las mismas. En el caso de niños de corta edad, personas inválidas, inconscientes o incapacitadas, la enfermera se ve obligada a seleccionar las ropas y a vigilar su conservación.</p> <p>En cuanto al niño, la enfermera debe proporcionarles la fuerza física que necesitan al vestirse y desnudarse. Enseñar a una persona a recobrar su independencia en esta actividad diaria y, si se trata de un niño, es parte de su adiestramiento social del cuidador primario.¹⁶</p>

Intervención 3: La enfermera fomentara el cambio de ropa de cama en casa.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Conocer los hábitos que tienen para el cambio de ropa de cama en casa.</p> <p>b) Verificar la disponibilidad de ropa limpia para el cambio de ropa de cama.</p> <p>c) Preparación de material a utilizar para el cambio de ropa.</p> <p>d) Informar al cuidador primario sobre la manera adecuada de cambiar la ropa de cama.</p> <p>e) Mencionar que se debe evitar sacudir la sábana para eliminar diseminación de microorganismos.</p> <p>f) Realizar tendido de cama evitando las arrugas de la sábana.</p> <p>g) Utilizar ropa limpia en cada cambio de ropa de cama.</p> <p>h) Cambiar la ropa del paciente cuando lo necesite.</p> <p>i) Informar al familiar sobre la importancia del cambio de ropa de cama.</p>	<p>La cama es un mobiliario indispensable en la vivienda y ocupa un lugar especialmente importante es para dormir.</p> <p>En la cama habitan bacterias, hongos, piel muerta y si no cambiamos las sábanas una vez a la semana podría producir en las personas enfermedades respiratorias.⁹²</p>

Intervención 4: La enfermera reforzara al cuidador primario la importancia de vestir adecuadamente.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Informar al cuidador primario sobre las características que debe tener la vestimenta de acuerdo a la edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe ser holgada, - De fácil colocación y retirada. - No se deben utilizar cintas o cordones que aprieten los tobillos o las muñecas o el cuello. <p>b) Los tejidos deben ser preferentemente de algodón e hilo.</p> <p>c) La lana puede ser irritante para la piel.</p>	<p>El arropamiento adecuado favorece la termorregulación y confort del lactante. Debe ser adecuada para la edad, suave y de tejidos no irritantes. El arropamiento Inadecuado puede producir hiper o hipotermia.⁷⁸</p>

Intervención 5: Explicar al cuidador primario sobre el tipo de ropa que debe de usar según el clima.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
a) Informar al cuidador primario sobre las características que debe tener la vestimenta de acuerdo condiciones climáticas. b) Adecuar la ropa al ambiente: <ul style="list-style-type: none"> - Época de Calor. - Época de Frio. - Época de Lluvias. c) Evitar los cambios bruscos de temperatura. d) Mantener la ropa libre de humedad.	El familiar trata de protegerlo contra el frío y de vestirlo de manera que se sienta fresco durante el tiempo caluroso. Debe llevar adecuada vestimenta para proteger su cuerpo del rigor del clima (frio, calor, humedad) para evitar que el paciente enferme. ³⁹

Intervención 6: El profesional de enfermería promoverá la higiene en las prendas de vestir.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
a) Informar al cuidador primario sobre la importancia de la higiene de la ropa. <ul style="list-style-type: none"> - Cambio de ropa diariamente - Lavar la ropa si está sucia. - Lavar la ropa si huele mal - Aunque sean prendas favoritas hay que lavarla. b) Indicar que la ropa de la paciente debe lavarse a parte de la ropa de los demás miembros de la familia. c) Comunicar al cuidador primario sobre la manera que debe lavar la ropa de la paciente. d) Evitar colocar hipoclorito de sodio (Cloro). e) Lavar la ropa con jabón neutro.	La ropa que nos ponemos es como nuestra segunda piel, por lo que su higiene también es muy importante. Tras la ducha o el baño, vestirse con ropa limpia. ¹⁶

Intervención 7: La enfermera reforzara al cuidador primario sobre el cuidado del vestido en el hogar.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Informar sobre la importancia del correcto vestido del menor. b) Reforzar información sobre la c) Asegurarse que el cuidador primario haya comprendido el significado de la vestimenta. d) Asegurarse que el cuidador primario haya comprendido las características de la ropa a utilizar. e) Valorar al cuidador primario en la colocación del vestido. 	<p>Durante mucho tiempo los bebés van a necesitar que el adulto haga casi de todo por ellos: cambiarles el pañal, bañarles, vestirles y cuidar de su aspecto personal. Este sería el primero y más básico de los objetivos educativos en relación con el vestido y la higiene de los más pequeños: proveerles de los cuidados que garanticen la máxima sensación de bienestar. ⁹³</p>

Evaluación.

Se realizaron 5 seguimientos, a la valoración inicial, que fue el día 30 de Noviembre se encuentra con ropa hospitalaria adecuada para la edad. La ropa le quedaba grande y se le otorgo a la madre el pase de ropa de bebe para vestir a la paciente. El cambio de la ropa lo realizaba la madre después del baño o cuando se ensuciaba; la ropa se la llevaba diariamente para lavarla. El familiar realizaba el vestido de la paciente; el profesional de enfermería realizaba el cambio de ropa de cama de manera diaria.

La madre menciona que en casa le cambia la ropa cada que lo requiere, por lo menos realiza dos mudas de ropa durante el día, a la madre le gusta ponerle vestidos y accesorios en el pelo como moños o diademas. Se observa que la ropa que usa está limpia y es de acuerdo a la edad. Se mantiene en independencia grado 1 desde el alta hospitalaria.

10. PLAN DE ATENCIÓN: Descanso y sueño.

Datos Subjetivos: La madre refiere que la paciente pasó 3 meses en el hospital y al llevarla a casa, la paciente tardó aproximadamente dos semanas en adaptarse a los horarios de siesta por las noches. Actualmente, menciona la madre, que la paciente duerme desde las 22 horas las 6 horas, posteriormente duerme tres siestas de aproximadamente dos horas, la primera es de 10 a 13, la segunda es de 16 a 19 aproximadamente, dando un total de 14 horas de sueño y 10 horas despierta. La paciente duerme en una cuna que está junto a la cama de los padres. Cuando se duerme no le cuesta trabajo. La luz y el ruido no interfieren en el sueño ni el descanso; cuando inicia a conciliar el sueño la madre la arrulla y le canta para que tenga un sueño profundo; es difícil que la paciente se despierte cuando está dormida. La madre la observa descansada cuando despierta.

Datos Objetivos: Paciente alerta, a la inspección la paciente se encuentra tranquila, se observa descansada, el sueño es reparador. En el entorno hospitalario se identifican luces permanentes y ruidos continuos, que no afectaron el sueño del lactante durante su consulta; solo se despertó durante la exploración física y posteriormente se volvió a dormir.

Otros: Horas totales de sueño: 14 horas. Horas totales despierto: 10 horas.

Diagnóstico de enfermería: Independencia de la necesidad de descanso y sueño manifestado por sueño reparador y facies de descanso.

Fecha de identificación: 15 Marzo 2018

Nivel y grado ind/dep: Independencia 1

Tipo de prioridad: Baja

Fuente de la dificultad: Ninguna

Rol de Enfermería: Acompañamiento

Objetivo: La paciente continuara durmiendo entre 14 – 16 horas en casa.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de descanso y sueño cada que acuda a sus consultas.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Realizar la recolección de datos generales de la paciente mediante la entrevista, exploración física y observación.</p> <p>b) Realizar la recolección de datos Subjetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes personales. - Hábitos de sueño. - Horarios habituales de sueño. <p>c) Realizar la recolección de datos Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Horas totales de sueño <p>d) Exploración física.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apariencia física. - Entorno <p>e) Realizar el registro de la información obtenida.</p> <p>f) Realizar re – valoraciones de la necesidad oxigenación.</p>	<p>Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente con el fin de conseguir un buen rendimiento del organismo. ¹⁶</p>

Intervención 2: La madre realizará técnicas que puede usar para aumentar el descanso que el profesional de enfermería le enseñara.	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
<p>a) Informar al familiar que hay diferentes técnicas que puede llevar a cabo para aumentar el descanso en su paciente, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Musicoterapia: que consisten, básicamente, en el uso del sonido desde un punto de vista científico, con el objetivo de favorecer la relajación, la comunicación o la expresión corporal del niño. 	<p>Las rutinas o hábitos del sueño son todas aquellas normas que los adultos podemos enseñar a un niño para que configure correctamente el hábito de dormir. Un hábito se configura mediante la repetida asociación de los mismos elementos externos y la actitud que transmiten los padres al enseñar el hábito. ⁹⁴</p>

Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> - Abrazo terapia: el abrazo ayuda al bebé a relajarse cuando se acerca el momento de dormir y le tranquiliza cuando la falta de sueño le provoca el llanto. - Apego materno. - Contarle cuentos antes de dormir <p>b) Explicar las ventajas de cada una de las terapias.</p> <p>c) Mencionar que es importante que al dormirse se debe colocar en la cuna y no en los brazos de la madre, para que se acostumbre a dormir en la cuna.</p>	

Intervención 3: La enfermera enseñara a la madre sobre las características que debe tener el lugar de descanso del paciente.

Tipo de intervención: Independiente

Acciones	Fundamentación
<p>a) Mencionar al familiar que la paciente debe dormir en una cuna independiente a la cama de los padres.</p> <p>b) Sugerir que debe estar adaptada para las necesidades de la paciente.</p> <p>c) Indicarle a los padres que deben colocar protecciones (Barandales) en los laterales de la cuna.</p> <p>d) Informar que no se deben colocar objetos pequeños que estén al alcance de la paciente.</p> <p>e) El lugar debe de ser cómodo.</p> <p>f) El ambiente debe estar libre de sonidos que impidan el conciliar el sueño.</p> <p>g) Debe haber un ambiente con luces disminuidas.</p>	<p>Hay que ser conscientes de que un bebé tiene unas particularidades dimensionales y fisiológicas que hacen que necesite un soporte de descanso específico. La mejor opción es instalar al bebé en la habitación de los padres pero en su propia cuna, de menores dimensiones, donde se sentirá tan confortable como en el claustro materno.⁹⁵</p>

Intervención 4: La enfermera explicara los signos de alerta que tiene que observar mientras la paciente está dormida.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) Mencionar al cuidador primario sobre los signos de alarma que puede tener la paciente durante el sueño b) Indicar que en caso de que persistan estos signos de alarma deberá acudir a consulta médica. c) Explicar que tiene que debe poner atención en algún cambio en el sueño que tenga la paciente. d) Signos de alerta <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para iniciar el sueño. - Múltiples despertares nocturnos - Sueño superficial. - Duerme menos horas de lo habitual para su edad. - Sueño no reparador. - Dificultad para levantarse incluso habiendo dormido lo suficiente. - Llanto inconsolable. - Irritabilidad frecuente. 	Los problemas de sueño más comunes de la infancia pueden ser corregidos rápidamente una vez que han sido identificados y tratados. si no descansa bien durante la noche se arriesga a sufrir problemas en su desarrollo y en sus conductas. ⁹⁶

Intervención 5: La enfermera explicara la importancia del sueño en el crecimiento del paciente.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) Mencionar los beneficios del descanso y sueño en el lactante. b) Informar que durante el sueño hay procesos biológicos que mejoran el crecimiento del paciente. c) El sueño contribuye a los procesos de maduración del sistema nervioso central, principalmente del cerebro, lo que permite la producción de la hormona del crecimiento y esto estimula el desarrollo físico y mental del bebé. d) Reponen energía para realizar actividades y de esta manera aprender cosas nuevas. e) Se mantienen relajados después de las siestas.	El buen descanso, idealmente nocturno, no solo redunda en un mejor rendimiento y ánimo al día siguiente, sino que afecta directamente sobre una serie de procesos que se suceden durante toda la vida, como el crecimiento infantil, la capacidad de concentración en la edad escolar, o el rendimiento laboral en la edad adulta. ⁹⁷

Intervención 6: La enfermera realizara recomendaciones en cuanto al uso de vestimenta apropiada durante el sueño de la paciente	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) La ropa debe ser de algodón b) Debe ser holgada. c) Evitar resortes en cuello manos pies o cintura. d) De preferencia arropar en temporadas de frio y evitar exceso de ropa en temporadas calurosas. e) Colocar de preferencia pijama o mameluco para dormir. f) Siempre cambiar el pañal antes de acostar a la paciente. 	El uso de la ropa a la hora de dormir debe ser cómoda para que los bebés mantengan un sueño profundo en una noche sin sobresaltos. ⁹⁸

Evaluación.

Se realizó la evaluación inicial el día 6 de Noviembre y se dio seguimiento en 6 ocasiones; la última valoración se realizó en la consulta externa el día 15 de Marzo.

Durante la hospitalización la paciente tenía alteración en el patrón del sueño, los estímulos del entorno no permitían el descanso de la paciente, se despertaba con facilidad y se mantenía somnolienta durante el día y se mantenía activa por mayor tiempo en la noche. Se realizaron intervenciones encaminadas a la disminución de estímulos del entorno durante la noche las cuales se llevaron a cabo y mejor en 15 días. Disminuyeron los periodos de actividad durante la noche durmiendo por mayor tiempo. El personal se adecuo a los horarios de sueño de la paciente y se evitaron realizar procedimientos mientras la paciente dormía. Durante el último mes de hospitalización la madre mencionó que su hija se despertaba recuperada después del sueño. En el último seguimiento la madre menciona que duerme aproximadamente 14 horas por día, menciona que pasa mayor tiempo despierta durante el día y se observa descansada posterior al sueño. El grado de dependencia pasó de dependencia grado 3 durante la hospitalización, a independencia 1 en la última valoración.

11. PLAN DE ATENCIÓN: Realización.

Datos Subjetivos: La madre refiere que durante su hospitalización estuvieron alejada de su hogar, la el padre de la paciente solo acudía a visitar a la paciente una vez por mes debido a que se tenía que dedicar a trabajar para poder cubrir los gastos de la hospitalización. La paciente estaba a cargo de su madre y de su abuela paterna. Posterior al egreso la paciente, su madre y la abuela regresaron a Veracruz después de 4 meses que duro el internamiento de la paciente. Actualmente se encuentran en su hogar, menciona que es una familia unida y cuenta con el apoyo de sus familiares. La familia es biparental, funcional, formada por ambos padres, la paciente es hija única, deseada durante el embarazo; cohabitan en la misma vivienda con los abuelos paternos y las hermanas del papa de la paciente.

Datos Objetivos: Paciente esta alerta, activa, tranquila, sistema nervioso y muscular integro, órganos de los sentidos normales. La paciente es aceptada por la familia, se observa que la madre le dedica tiempo al cuidado de su hija, le gusta jugar con la niña y el padre a pesar de que trabaja el tiempo que tiene libre le gusta jugar con su hija. Mencionan que los fines de semana la familia se reúne para comer, la paciente es la más pequeña de la familia y es muy querida y aceptada por sus tíos y tías.

Diagnóstico de enfermería: Independencia en la realización familiar manifestado por apgar familiar de 17 pts equivalente a una familia funcional.

Fecha de identificación: 15/ Marzo / 2018

Nivel y grado ind/dep: Independencia 1 **Tipo de prioridad:** Baja

Fuente de la dificultad: Ninguna **Rol de Enfermería:** Acompañamiento

Objetivo: La familia continuara en independencia en la realización familiar brindando su apoyo y cuidado a la paciente durante su crecimiento.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de realización cada que acuda a consulta externa.

Tipo de intervención: Independiente

Acciones	Fundamentación
a) Realizar la recolección de datos generales b) Realizar la recolección de datos Subjetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Interrogar al familiar sobre el ambiente familiar. - Interrogar a la madre sobre las relaciones familiares. - Interrogar al cuidador primario sobre el apego que tiene la familia hacia la paciente. c) Realizar la recolección de datos Objetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Observar el apego que tienen los padres hacia la paciente. - Observar el entorno en el que se desenvuelve la paciente. d) Realizar el registro de la información obtenida. e) Realizar re – valoraciones de la necesidad cada que acuda a consulta.	En la valoración de la realización se evalúan las acciones que permitan a las personas a ser autónomas, utilizar los recursos que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo. Está ligada a la evolución de la persona a lo largo de su crecimiento y depende de la edad evalúa su integración a la familia. ¹⁶

Intervención 2: La familia realizara acciones para continuar con la integridad familiar.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) Escuchar a los miembros de la familia. b) Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. c) Determinar la comprensión familiar sobre las causas de la enfermedad de la paciente. d) Comprobar las relaciones familiares actuales. e) Ayudar a la familia en la resolución de conflictos. f) Disponer intimidad para la familia. g) Informar a los miembros de la familia de que es segura y aceptable la utilización de expresiones típicas de afecto. h) Facilitar la armonía dentro de la entre la familia. i) Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente. j) Colaborar con la familia en la solución de problemas. k) Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas. l) Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.	La presencia de un hijo con una enfermedad constituye un factor potencial que puede llegar a perturbar el funcionamiento familiar y ese funcionamiento determinará la reacción del niño ante la enfermedad. Los padres responderán no sólo en función de la enfermedad, del tratamiento y de la forma como reaccione el niño, sino también según sus propios sentimientos y problemas personales ⁹⁹

Intervención 3: La familia aumentara el mantenimiento de los procesos familiares.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Determinar los procesos familiares típicos. b) Determinar los procesos de ruptura familiares típicos. c) Estimular las visitas de miembros de la familia. d) Facilitar la flexibilidad de las visitas. e) Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando rutinas y rituales familiares. f) Mejorar la comunicación familiar con los diferentes miembros de la familia. g) Disponer de oportunidades para el cuidado continuado de la paciente por parte de los padres. h) Disponer oportunidades para que los miembros adultos de la familia mantengan el compromiso y cuidado para la paciente. i) Ayudar a los miembros de la familia a buscar a alguien que cuide del niño cuando uno de los padres debe estar ausente. j) Identificar las necesidades de cuidado del paciente en casa y la incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida. k) Establecer programas de actividades de cuidado en casa para el paciente que minimicen la ruptura de la rutina familiar. l) Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente en casa. 	<p>El sentido que la familia dé a la enfermedad y el grado de control que ejerza sobre la misma condicionará el ajuste emocional a la situación: depende de su sistema de creencias y de la cultura en la que está inmersa. Ligado al control de la enfermedad está la posibilidad de mantener la esperanza, cierta calidad de vida y cierta dignidad.⁹⁷</p>

Intervención 4: La enfermera brindara información y apoyo al cuidador principal para evitar su desgaste físico y mental.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. b) Determinar la aceptación del cuidador de su papel. c) Aceptar las expresiones de emoción negativa. d) Admitir las dificultades del rol del cuidador principal e) Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. f) Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. g) Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad. h) Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal i) Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia. j) Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente. k) Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono. l) Observar si hay indicios de estrés. m) Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando. n) Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. o) Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. p) Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. q) Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. 	<p>El «cuidador primario» es quien asume el cuidado de la persona enferma. Habitualmente, la adscripción sigue criterios socio-culturales que designan a las mujeres; en el caso de los niños, suelen ser las madres. Es importante que el cuidador primario tenga períodos de respiro para evitar su desgaste, ya que la calidad del cuidado dependerá en gran medida de que el cuidador descanse.⁹⁷</p>

Intervención 5: La enfermera enseñara al familiar sobre las técnicas que puede realizar el familiar para disminuir los niveles de estrés	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Determinar la aceptación del cuidador de su papel. b) Aceptar las expresiones de emoción negativa. c) Admitir las dificultades del rol del cuidador principal d) Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. e) Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. f) Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad. g) Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal h) Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia. i) Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente. j) Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono. k) Observar si hay indicios de estrés. l) Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando. m) Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. n) Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. o) Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. p) Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. q) Enseñar al cuidador primario las diversas maneras de disminuir su estrés. r) Organice su tiempo: programe sus compromisos y decida cuáles son más importantes. s) Tome decisiones para un estilo de vida saludable. Descanse lo suficiente. Coma alimentos saludables. Haga mucho ejercicio. t) Consiga apoyo de amigos y familiares. Pida ayuda. u) Cambie la forma en que piensa. Aprenda a abandonar los pensamientos que causan estrés. v) Aprenda mejores formas de resolver problemas y de comunicarse. Asegúrese de que la gente entienda lo que usted está diciendo. Los malentendidos pueden provocar situaciones estresantes. 	<p>Estrés es parte de la vida. Aunque algo de estrés es normal e incluso necesario, demasiado</p> <p>Estrés puede afectar la calidad de vida y la salud.¹⁰⁰</p> <p>Para combatir el estrés eficazmente, necesitamos activar la respuesta de relajación natural del cuerpo, lo cual se consigue mediante la práctica de técnicas de relajación para aliviar el estrés como la respiración profunda, la meditación, el ejercicio rítmico o el yoga.¹⁰¹</p>

Evaluación.

La valoración inicial se realizó el 15 de noviembre, se realizaron 4 seguimientos a la familia durante la hospitalización de la paciente. El último seguimiento se realizó el 15 de Marzo.

Durante la hospitalización la realización familiar se mantuvo al cuidado de la madre y la abuela paterna, la madre se observa con cansancio extremo y mencionaba que extrañaba a su esposo, debido a que él se encontraba trabajando en Veracruz. La madre y la abuela se quedaban en el albergue y solo realizaban dos comidas por día debido a que económicamente no tenían mucho dinero. La madre se quería que su hija se recuperara pronto para estar en casa y convivir con su familia ya que extrañaba estar con ellos y necesitaba el apoyo de sus familiares. Se brindaron intervenciones de enfermería encaminadas al apoyo familiar, se realizó una interconsulta con psicología y posterior a esta consulta se observó que a la madre más tranquila. Al alta hospitalaria se observó al familiar contento y el padre de la paciente las vino a traer para llévaselas a su casa. En el último seguimiento la madre menciona que se siente contenta porque ve mejor a su hija, menciona a la paciente le gusta estar con su papá y su abuela paterna. Se observa que la madre quiere mucho a la paciente y que tienen un apego familiar muy fuerte. El grado de dependencia paso de 3 a independencia 1.

12. PLAN DE ATENCIÓN: Creencias y valores.

Datos Subjetivos: La familia profesa la religión católica, el familiar menciona que va a misa cada domingo. Menciona que la enfermedad de la paciente no es por algún castigo pero menciona que se la encomienda a Dios para que la proteja y la cure pronto.

Datos Objetivos: Se observa que la madre le reza a la paciente, se tranquiliza y luego se duerme, cerca de la cama de la paciente tienen una biblia. El entorno se percibe tranquilo. Los valores percibidos de la familiar hacia la paciente son amor, respeto, responsabilidad y optimismo.

Diagnóstico de enfermería: Independencia de la religiosidad relacionada con expresión de sentimientos del familiar y tranquilidad espiritual.

Fecha de identificación: 15 / Marzo / 2017

Nivel y grado ind/dep: Independencia 1 **Tipo de prioridad:** Baja

Fuente de la dificultad: Ninguna **Rol de Enfermería:** Acompañamiento

Objetivo: La familia de la paciente continuara con independencia en la necesidad de creencias y valores a través del reforzamiento de los valores y creencias familiares.

Intervención 1: La enfermera valorara la necesidad de creencias y valores cada mes	
Tipo de intervención: Independiente	
Acciones	Fundamentación
a) Realizar la recolección de datos generales de la paciente b) Realizar la recolección de datos Subjetivos. <ul style="list-style-type: none"> - Valores de la familia. - Práctica religiosa. - Significado de la religión. c) Realizar la recolección de datos Objetivos <ul style="list-style-type: none"> - Observar características del cuidador primario y del entorno ante la religiosidad. d) Realizar el registro de la información obtenida. e) Realizar re – valoraciones de la necesidad de creencias y valores.	La importancia de esta necesidad radica en que toda persona necesita de una serie de valores y creencias para poder desarrollarse como tal. Normalmente las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad y a planificar el futuro. ¹⁶

Intervención 2: La enfermera brindara apoyo espiritual durante el internamiento de la paciente.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. b) Animar al cuidador primario a rezar. c) Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para rezar. d) Tener la disposición de escuchar las preocupaciones del individuo con base al estado de salud de la paciente. e) Rezar con el cuidador primario. f) Fomentar el uso de objetos espirituales para el paciente. g) Expresar simpatía con los sentimientos de la familia. 	<p>La Enfermería en los cuidados espirituales tiene una gran labor, ayudar al paciente a identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable. Así, podrá favorecer el afrontamiento del dolor o del sufrimiento identificando las emociones. ¹⁰²</p>

Intervención 3: La enfermera brindara apoyo emocional durante el internamiento de la paciente.	
Tipo de intervención: Independiente.	
Acciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> a) Escuchar al cuidador primario sobre sus sentimientos y emociones. b) Animar al familiar a que exprese sentimientos y emociones. c) Abrazar al familiar para proporcionar apoyo. d) Permanecer con la paciente y el familiar y proporcionarle sentimientos de seguridad durante su estancia hospitalaria. 	<p>El desarrollo del conocimiento de enfermería y sus intervenciones implica proporcionar apoyo emocional; entendiéndose como apoyo cuando se presta ayuda desinteresadamente. Estas acciones deben contribuir a aumentar el nivel de apoyo emocional y de influir positivamente en el nivel de satisfacción con la cantidad de apoyo social que recibe el paciente. ¹⁰³</p>

Intervención 4: La enfermera fomentara la clarificación de valores familiares posterior al internamiento de la paciente.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) Crear un ambiente libre de juicios. b) Ayudar a la familia a fortalecer sus valores mediante la reflexión de la situación vivida. c) Ayudar a la familia a enseñarle valores a la paciente mediante la práctica de los padres. d) Fortalecer los principios familiares por los que se rige la familia.	Los valores son adquiridos libremente por el sujeto a través del proceso de valoración o juicio crítico durante la socialización con diversos agentes a lo largo de su vida. Entre los agentes socializadores para la formación de valores es la familia el agente más importante, puesto que en ella se dan las primeras relaciones interpersonales y resultan los primeros aprendizajes vitales en la formación de valores. ¹⁰⁴

Intervención 5: La enfermera fomentara la continuidad de la práctica religiosa posterior al internamiento de la paciente.

Tipo de intervención: Independiente.

Acciones	Fundamentación
a) Tratar al familiar y paciente con dignidad y respeto por sus prácticas religiosas. b) Fomentar la participación en la práctica religiosa de la familia. c) Dar oportunidad para comentar sobre sus creencias. d) Fomentar la planificación del bautizo de la paciente. e) Fomentar la asistencia a las actividades religiosas en su comunidad.	La religiosidad le da a la persona una explicación y un motivo de esperanza, justo cuando es más necesaria: cuando se piensa que ya no hay nada más que hacer. La religiosidad es una práctica de influencia significativa en la salud de las personas, ya que estas la utilizan como un factor protector en momentos de morbilidad y puede generar beneficios en términos de la recuperación. ¹⁰⁵

Evaluación.

Se realizó una valoración inicial el 15 de noviembre y 3 seguimientos posteriores. Realizando la última valoración el 15 de Marzo.

La madre profesa la religión católica, refiriendo que ella no cree que la enfermedad de su hija sea por algún castigo. Ella encomienda a la paciente la virgen de Guadalupe, posterior al egreso indica que bautizo a la paciente; la madre reza diario por las noches y se percibe tranquila. Así mismo los valores percibidos son amor, dedicación, fortaleza, unión. El grado de independencia se mantuvo en 1.

VIII. CONCLUSIONES.

El proceso de atención de enfermería es de gran utilidad para los profesionales de enfermería, es una herramienta muy útil que sigue una metodología científica para la atención eficaz de nuestros pacientes y de esta forma brindar cuidados específicos para lograr la independencia de sus necesidades básicas. En el paciente pediátrico es de vital importancia el valorar su crecimiento y desarrollo para que continúe con estos procesos de manera independiente y pueda asegurar su bienestar.

El presente estudio de caso realizado a una paciente lactante mayor femenina con diagnóstico médico de Comunicación Interventricular fue de gran utilidad para nuestra formación profesional, evaluando las 14 necesidades y con base en la jerarquía de estas realizando planes de intervenciones de las 14 necesidades valoradas para brindar cuidados encaminados al logro de la independencia de cada una de estas.

Se observó la mejoría de la paciente en cuanto a la necesidad prioritaria de oxigenación, pasó de un grado de dependencia 4 a un grado de independencia 1, lo cual fue de gran motivación profesional por haber brindado las intervenciones planeadas de cada necesidad. Así mismo se vigiló el proceso de crecimiento y desarrollo de la paciente de acuerdo a la edad pediátrica lo cual fue de gran ayuda para la formación nuestra formación profesional.

El estado general de la paciente se encuentra con mayor estabilidad, su crecimiento y desarrollo se está generando de manera normal, las intervenciones de enfermería en las necesidades que estaban en dependencia fueron las correctas y se llevaron a la independencia lo cual causa satisfacción profesional el observar la evolución de la paciente.

Al realizar la evaluación de los objetivos planteados al inicio del presente trabajo se puede concluir que se alcanzaron los objetivos en tiempo y forma; llevándose a cabo mediante la utilización del proceso de enfermería y con apoyo del modelo filosófico de Virginia Henderson; por tanto se concluye que el profesional de enfermería debe

estar capacitado en la elaboración del proceso de atención de enfermería y de esta manera fundamentar el trabajo que se realiza día con día en los servicios hospitalarios.

IX. SUGERENCIAS.

El profesional de enfermería debe estar altamente capacitado para brindar un cuidado de calidad al paciente pediátrico por tal motivo es fundamental que durante su formación le proporcionen las herramientas necesarias para su desempeño profesional. Por tanto el profesional de enfermería debe reforzar y actualizar constantemente dichos conocimientos, realizar los cuidados con ética y responsabilidad para el beneficio de nuestros pacientes.

X. BIBLIOGRAFÍA.

-
- ¹ Alvarado – Pacheco P. Cruz – Jimenez M. Proceso de atención de enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enfermería*. 2013; 10(3): 105 - 111
- ² Carrillo – Medina E., Sierra Pacheco M. Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardiaca aplicando el modelo de Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2013; 21(3): 111-117.
- ³ Meza – Portillo C.A., Olvera – Arreola S.S., Cadena –Estrada J.C. Proceso enfermería en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2013; 21(3): 63 – 70.
- ⁴ Hernández Tapia A.M. Plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2015; 23(1): 22 – 27.
- ⁵ Martín P.C., Villuendas B.L., Andrés B.I. Estenosis aortica y endocarditis bacteriana. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. 2017; 12(7): 174.
- ⁶ Cantellán P.A., Nash C.N., et. al. Proceso de cuidados de enfermería en preescolar con Guillen Barre fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. 2015
- ⁷ Gaona V.Y.A., Cruz J.M. Estudio de caso de una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. *Enfermería Universitaria ENEO –UNAM*. 2012; 9(2).
- ⁸ Meraz R.M.A, Espinosa M.V. Alteración de la seguridad y protección en un adolescente masculino. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2012; 20(5): 169 – 173.
- ⁹ Roa T.G.Z. Proceso de cuidados de enfermería en neonato con epidermólisis (piel de mariposa) fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. 2016; 11(3).
- ¹⁰ Dahrbacun S.N.D. Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada. *BENESSERE – Revista de Enfermería*. 2016; 1(1):75 – 84.

-
- ¹¹ Ignorosa-Navaa C.A., González – Juárez L. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de caso. Enfermería Universitaria. 2014; 11(3): 110 – 116.
- ¹² Fernández C., Navarro M. De la teoría a la práctica “El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 2° Ed. Barcelona: Editorial Masson; 2000. P.p. 4 -5.
- ¹³ Delgado R.M., Hernández R.C.M. Ostiguín M.R.M. Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007; 1(4): 24 – 27.
- ¹⁴ Álvarez G.M.J., et.al. Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería: El modelo de Virginia Henderson y el Proceso de atención de enfermería. Araba; 2004. p.p. 23 – 31.
- ¹⁵ Lendínez C.J.F. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1ra Ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. p.p.17 – 24.
- ¹⁶ Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. España: Mc Graw Hill, Interamericana; 1999.
- ¹⁷ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Rev. Salud Pública Parag. 2013; 3(1): pág. 41-48.
- ¹⁸ Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Material de complemento. 2013 Enfermería comunitaria: El Proceso de Atención de Enfermería. [Serie en Internet].2013. [Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>]
- ¹⁹ González S.P.; Chaves R.A.M. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2009; 11(2): pág. 47-76.
- ²⁰ Reina G., Nadia Carolina. El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. Umbral Científico. 2010; 17: pág. 18-23.
- ²¹ Grupo Océano. Manual de la enfermería. Capítulo III: Diagnósticos de Enfermería (NANDA). España: Oceano; 2015. p.p 1085 – 1092.
- ²² Pérez H.M.J. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2002;10 (2): pág. 62-66

-
- ²³ Actualización en Enfermería. NANDA- NOC –NIC, Metodología enfermera. [Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/>]
- ²⁴ Atkinson, L.D. Proceso de Atención de Enfermería, Primera Edición. Editorial El Manual Moderno. México; 1983.
- ²⁵ Metodología de enfermería: fases del proceso de enfermería. Valoración diagnóstica según patrones funcionales de Marjory Gordon. Diagnósticos de enfermería: concepto y tipos según taxonomía NANDA. Planificación de los cuidados enfermeros: resultados e intervenciones (NOC y NIC). Manual CTO Oposiciones de Enfermería. [Internet] [Consultado: 7/Mayo del 2018] Disponible en: http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf
- ²⁶ Griffith J.W., Christensen P.J. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. Mexico: Manual Moderno; 1993.
- ²⁷ Actualización en Enfermería. NANDA- NOC –NIC, Metodología enfermera. [Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/>]
- ²⁸ Rubí S.J.L. Ética, moral, ética médica y bioética. Revista de la comisión de bioética del Estado de México: Bioética y Salud. 2010; 1(1). P.p 13-18. [Disponible en: http://salud.edomexico.gob.mx/salud/doc/cobiem/revistas/revista_bioetica_1.pdf]
- ²⁹ Catedra de bioética. Licenciatura en Kinesiología y fisioterapia. [Disponible en: <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/bioetica/Bioetica1Liviano.pdf>]
- ³⁰ Flores R.E., Sandoval H.J.M. Código de conducta del personal de enfermería. Comisión estatal de Arbitraje Médico, Nayarit. [Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/codigo_conducta.pdf]
- ³¹ Comisión interinstitucional de enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. Secretaria de salud. México; 2001. [Disponible en: <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>]
- ³² Castillo E.J., Díaz C.A. Ética y bioética en el desempeño de la enfermería. Facultad de ciencias médicas del este de la habana. [Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/viewFile/495/833>]

-
- ³³ Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería. Código de Ética para Enfermeras. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf]
- ³⁴ Treviño G. El crecimiento y desarrollo físico infantil. McGrawHill. [Disponible en: <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/844816993X.pdf>]
- ³⁵ Potter P.A., Perry A.G. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. 8va Ed.España: Elsevier; 2013. P.p. 137- 14
- ³⁶ Valverde M.I., Mendoza C.N.A, Peralta R.I.C. Enfermería Pediátrica. 1ª. edición. México: El Manual Moderno; 2013. P.p. 18 – 20
- ³⁷ Phoenix Children’s Hospital. Crecimiento y desarrollo. Phoenix. [Disponible en: <https://www.phoenixchildrens.org/sites/default/files/community/pdfs/TheWayWeGrow-Sp.pdf>]
- ³⁸ Erdmenger O.J.R. Guías para el manejo clínico de las cardiopatías congénitas más frecuentes Departamento de Cardiología Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. México: Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. [Disponible en: http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/Guas_Cardiologia.pdf]
- ³⁹ Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Información sobre la comunicación interventricular. USA: CDC;2016. [Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/ventricularseptaldefect.html>]
- ⁴⁰ Baffa J.M. Comunicación interventricular (CIV). EUA: MSD. [Disponible en: <http://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/comunicaci%C3%B3n-interventricular-civ>]
- ⁴¹ Riopelle L, Grondin L ,Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona .Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana;1993.
- ⁴² Am J. Oximetría de pulso. Respir Crit Care Med. American Thoracic Society. [Internet] Vol. 184, P-1, 2011. [Consultado 10/Abril/2018] Disponible en: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/pulse-oximetry.pdf>

-
- ⁴³ Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de Alto Riesgo en el Adulto. Evidencias y recomendaciones. CENETEC; 2014.
- ⁴⁴ Comité de medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamecum. Madrid; 2012 – 2018.
- ⁴⁵ A. Ochagavíaa. F. Baigorr, et.al. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española ~ de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Med Intensiva. España. 2014;38(3):154---169
- ⁴⁶ López, F.L. et. Al. Intervenciones de enfermería en la toma de electrocardiograma, círculo torácico y medrano. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2014;22 (2): 78-84.
- ⁴⁷ PISA Farmaceutica. Lavarse las manos continua salvando vidas. [Internet] Control de infecciones; 2012. [Consultado 10/Abril/2018] Disponible en: <http://enfermeria.pisa.com.mx/lavarse-las-manos-continua-salvando-vidas/>
- ⁴⁸ 9 Donoso A, Arriagada D, Contreras D, Ulloa D, Neumann M. Monitorización respiratoria del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Bol Med Hosp Infant Mex. 2016;73:149---165.
- ⁴⁹ Torés, E. Frutos, R. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN NEONATOS Departamento de Rehabilitación del Hospital 12 de Octubre. Unidad de Fisioterapia infantil; 2010.
- ⁵⁰ Alonso, D.J. et.al. GUÍA PRÁCTICA PARA PADRES Desde el nacimiento hasta los 3 años. [Internet] Asociación española de pediatría; 2013. [Consultado: 10/Abril/2018] Disponible en: https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf
- ⁵¹ Cano,D. Consejos para evitar enfermedades respiratorias. España; 2008.
- ⁵² Martínez,C.C. Pedrón, G. Valoración del estado nutricional. Asociación Española de pediatría. España, 2012.

-
- ⁵³ Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria. [Internet] [Consultado: 15/Abril/2012] Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
- ⁵⁴ Romero, V.E. et.al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Bol Med Hosp Infant Mex. 2016;73(5):338---356.
- ⁵⁵ Daza, I. Et.al. Síntomas gastrointestinales en pediatría ¿conducen siempre al verdadero diagnóstico? Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 1: 27-34
- ⁵⁶ Consuelo F.C. et.al. MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL (0-6 años) EN EL CONTEXTO DE AIEPI Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C; 2011.
- ⁵⁷ Secretaría de Salud. Manual para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI" Primera edición. México; 2013.
- ⁵⁸ M. Costa, E. Torres, M. T. Et.al. Pautas para el diseño de juguetes útiles en la terapia psicopedagógica. Juego, juguetes y Atención Temprana. Fundación ALPE. Alicante; 2008.
- ⁵⁹ Santa fe. El desarrollo sensorial. El desarrollo perceptivo. Argentina; 2010.
- ⁶⁰ Muñoz, M.E. Torres, R.A. Musicoterapia en Pediatría. Actualizaciones en pediatría. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. España; 2016.
- ⁶¹ Molina V.M. Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación. Universidad Autónoma de Barcelona. Catalunya; 2008.
- ⁶² Meléndez V.H. Guía de estimulación y psicomotricidad en la educación inicial. Consejo Nacional de Fomento Educativo. México; 2010.
- ⁶³ López M.S. La importancia del Gateo. Psicomotricista y Psicopedagogo. Psicología y medicina de la salud; 2012.
- ⁶⁴ Martín C. P., et.al. El desarrollo de la marcha infantil como proceso de aprendizaje. Acción psicol. [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Mayo 19]; 11(1): 45-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1578-908X2014000100005&lng=es. [Http://dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13866](http://dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13866)

-
- ⁶⁵ García.P.M. Martínez, G.M.A. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. Actualizaciones en pediatría. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. España; 2016.
- ⁶⁶ Rodríguez A., Ferrer M. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la nanda y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. Enfermería Clínica. 2002;12(6):253-9
- ⁶⁷ Secretaria de Salud. Acciones para prevenir accidentes en el hogar Lista para cotejo de condiciones peligrosas. Centro Nacional para la Prevención de Accidentes Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. [Internet] [Consultado 20/Marzo/2018] Disponible en: http://conapra.salud.gob.mx/Programas/Documentos/Acciones_Prevenir_Accidentes_Hogar.pdf
- ⁶⁸ Korta M.J., Sardón P.O. Cuerpos extraños en la vía respiratoria. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Asociación Española de pediatría. Madrid; 2010.
- ⁶⁹ Peñalba C.A. Tratamiento de las quemaduras en urgencias. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Asociación Española de pediatría. Madrid; 2010.
- ⁷⁰ Fernández-Barocio, F., Socorro S.V. Epidemiología de las intoxicaciones en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de Tercer Nivel. Reporte de cinco años. Archivos de Medicina de Urgencia de México 2013;5 (1): 18-2
- ⁷¹ Jimrez,A.R. et.al. Niño con Infecciones de Repetición. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. España;2016.
- ⁷² Tamez. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Asistencia al recién nacido de alto riesgo. Panamericana: Brasil;2003.
- ⁷³ Morales, M.J.A. et.al. Quemaduras solares: fotoprotección y tratamiento. Ars Pharm 2006; 47 (2): 119-135.
- ⁷⁴ Secretaria de salud. Gobierno Federal. Esquema nacional de vacunación. <Http://censia.salud.gob.mx/movil/noticias/vacunas/importanciavacunas.html>
- ⁷⁵ Guyton A. Tratado de fisiología médica.8º ed.. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill;1992

-
- ⁷⁶ Potter P, Perry A. Eliminación intestinal, Eliminación urinaria. En : Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. 3º ed. Madrid : Mosby/Doyma; 1996.p.1409-1508.
- ⁷⁷ García, V. Estreñimiento en el lactante. Enciclopedia de salud. México, 2010.
- ⁷⁸ Carranza, C.A. Gómez, J. La deshidratación en el paciente pediátrico es una de las causas de morbimortalidad. *Revista Med. Colombia*; 24(2): 2016
- ⁷⁹ Varios autores. Modelos y teorías de enfermería. Necesidad de termorregulación. Enfermeras/os. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. Temario Vol. I. Parte Específica; 2017.
- ⁸⁰ Quiroga. A. Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido capítulo de enfermería de Siben. Argentina; 2010.
- ⁸¹ Cobo.C. Signos vitales en pediatría. *Revista Gastrohnutp 13(1) Suplemento; 2011.*
- ⁸² Ruiz, A.R. Fiebre en pediatría. *Rev Mex Pediatr* 2010; 77(Supl. 1); S3-S8
- ⁸³ Montes B., et.al. Repercusión del aseo en la estabilidad térmica del recién nacido de extremado bajo peso durante las primeras dos semanas de vida. *Anales de Pediatría (Barc)* 2005; 63(1):5-13 T.
- ⁸⁴ Infogen. Regulación de la temperatura en el bebé recién nacido. México; 2013. Disponible en: <http://infogen.org.mx/regulacion-de-la-temperatura-en-el-bebe-recien-nacido/>
- ⁸⁵ Salud Materno Infantil. Gestión del Conocimiento para la mejora de la salud Materno Infantil. Higiene del recién nacido y lactante. [Internet] [Consultado 22/Marzo/ 2018] Disponible en : <http://www.maternoinfantil.org/archivos/B64.PDF>
- ⁸⁶ Consuelo F.C. et.al. MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL (0-6 años) EN EL CONTEXTO DE AIEPI Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C; 2011.
- ⁸⁷ Hospital GARRAHAN. Recomendaciones para el cuidado de la salud de niños, niñas y adolescentes. Editorial Fundación Garrahan. [Internet]] [Consultado 22/Marzo/ 2018] Disponible en: http://www.garrahan.edu.ar/pluginfile.php/1233/mod_page/content/19/Recomendaciones%20para%20el%20cuidado%20de%20la%20salud%20de%20ni%C3%B1os%20y%20adolescente.pdf

- ⁸⁸ Moreno C. El cuidado de los ojos del bebé. Revista de salud y bienestar. 2017. . [Internet]] [Consultado 22/Marzo/ 2018] Disponible en: <https://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/el-bebe/los-ojos-del-bebe-14434>
- ⁸⁹ Paris, E. Cuidados del recién nacido: cómo limpiar los oídos del bebé. México; 2009. [Internet]] [Consultado 22/Marzo/ 2018] Disponible en: <https://www.bebesymas.com/consejos/cuidados-del-recien-nacido-como-limpiar-los-oidos-del-bebe>
- ⁹⁰ Hernandez, M. Diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia Protocolo de la Sociedad Española de Odontopediatría. Barcelona; 2017. [Internet] [Consultado 22/Marzo/ 2018] Disponible en : <http://www.odontologiapediatrica.com/img/GacetaMHernandez.pdf>
- ⁹¹ Boffil, P. Cuidados de la piel del lactante. Revista Biomédica Revisada Por Pares. Medwave 2004 May;4(4).
- ⁹² Hospital El Cruce. Protocolo para el tendido de camas . Ministerio de la salud presidencia de la nación; Buenos aires: 2016.
- ⁹³ Bejarano, G.F. educación para la salud de 0 a 6 años. Cuadernos de educación y desarrollo. Vol 1, N° 5 (julio 2009)
- ⁹⁴ Montserrat Gala AM, Fortes del Valle MA. Aprender a dormir. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:306.e145-e155.
- ⁹⁵ Instituto de medicina del sueño.El Sueño Crucial En La Infancia. [Internet] [Consultado: 25/Marzo/2018] Disponible en: <https://www.dormirbien.info/el-sueno-crucial-en-la-infancia/>
- ⁹⁶ Asociación Española de Pediatría. Principales trastornos de sueño en los niños y cómo tratarlos. [Internet] [Consultado: 25/Marzo/2018] Disponible en: <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/principales-trastornos-sueno-ninos-como-tratarlos>
- ⁹⁷ Betancourt. B.C. “los chicos que duermen mal o insuficientemente pueden presentar desde problemas de atención y ansiedad hasta trastornos del ánimo”. Sociedad Chilena de Pediatría. Chile; 2015: 13(80). [Internet] [Consultado: 25/Marzo/2018] Disponible en:

<http://www.sochipe.cl/subidos/revista1/docs/1439992723-EE%20N80%20-%20FINAL.pdf>

⁹⁸ Maciel, M. 5 consejos sobre los pijamas para el bebé. Cómo elegir el mejor pijama para un bebé. Guía infantil; 2015. [Internet] [Consultado: 25/Marzo/2018] Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/blog/bebes/canastilla-ajuar/como-elegir-la-ropa-mas-adecuada-para-mi-bebe/>

⁹⁹ Grau C., Fernández Hawrylak M.. Familia y enfermedad crónica pediátrica. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 Ago [citado 2018 Mayo 19]; 33(2): 203-212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000300008&lng=es.

¹⁰⁰ Cardiosmart. Su salud: Cómo reducir el estrés. American College of Cardiology.[Internet] [citado 2018 Mayo 19]. Disponible en: <https://www.cardiosmart.org/~media/Documents/Fact%20Sheets/es-US/zu1940.pdf>

¹⁰¹ Rodriguez, E.M. Tecnicas de relajación para aliviar el estrés. España; 2014. [Internet] [citado 2018 Mayo 19]. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/tecnicas-de-relajacion-para-aliviar-el-estres/>

¹⁰² Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index Enferm [Internet]. 2014 Sep [citado 2018 Mayo 20]; 23(3): 153-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.

¹⁰³ Dolores, M.G. et.al. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. (6)3. MExico; 2009.

¹⁰⁴ Díaz Flores Martha, Castro Ricalde Diana Margarita, Cuevas Jaimes Brenda Lizeth. Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior. Rev Hum Med [Internet]. 2012 Ago [citado 2018 Mayo 19] 12(2): 289-299. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200011&lng=es.

¹⁰⁵ Neil, C.C. et.al. Intervención del y la profesional de enfermería ante las necesidades religiosas de la persona hospitalizada. *Enfermería En Costa Rica*. 2012, 33 (2).

X. Anexos.

Anexo 1. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
 SERVIDOR HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
 "FEDERICO GOMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

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

_____, 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 al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

 Firma
 Nombre del padre o Tutor: _____

 Firma

Testigos

Nombre: _____	Nombre: _____
Firma: _____	Firma: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____

Anexo 2. Historia Clínica.

**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.

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

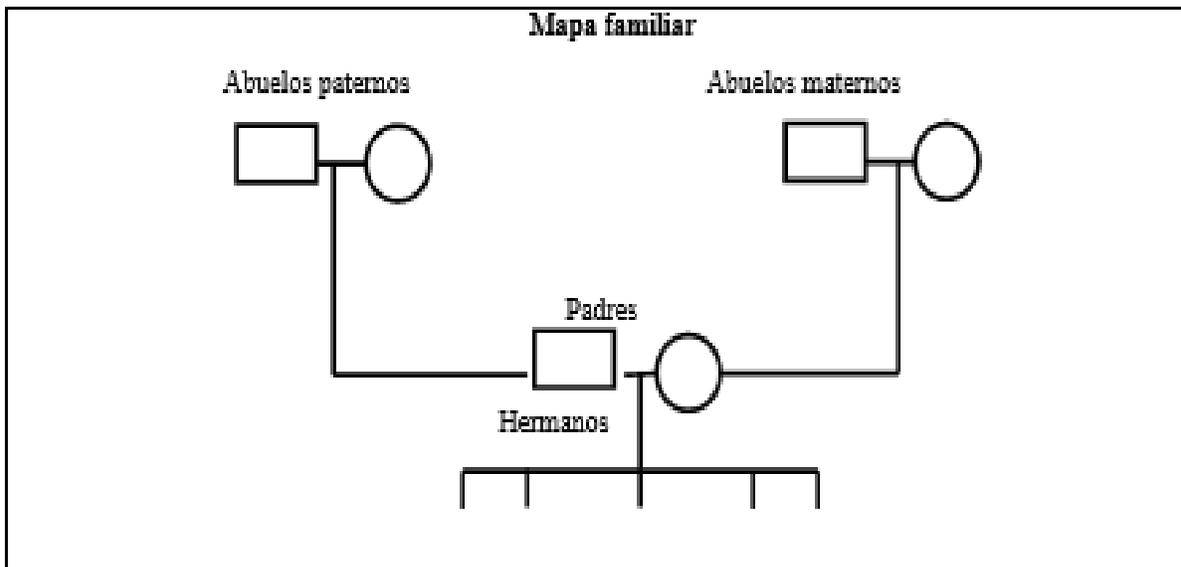
ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____

Servicio _____

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



Descripción de la familia, incluyendo los antecedentes de salud de cada uno de los parientes y las relaciones afectivas de la familia nuclear y extendida.

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades

Símbolos

Hombre
 Mujer
 ○ Paciente problema
 ◻

◻ ◻ Fallecimiento

 ↑
 —
 —
 —
 ↓
 Relaciones fuertes

= Relaciones débiles

 —
 —
 —
 —
 —
 Relaciones con estrés

R E G I S T R A C I O N	<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: Sí: ___ No: ___ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____</p> <p>_____</p>
I V 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>¿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				
1	Cereales	_____	_____	_____				
	Frutas	_____	_____	_____				
	Vegetales	_____	_____	_____				
	Carne	_____	_____	_____				
	Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____							
Hábitos en los alimentos: _____								
A que edad le salieron los dientes: _____								
Eliminación								
2	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: _____							
	Olor: Ácida: _____ Fétida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____							
	Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento: _____							
	Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____							
	Otros: _____							
	Hábitos: _____							
Descripción de genitales: _____								
Sudoración: _____								
Oxigenación								
3	Sonometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____							
	Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____							
	Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____							
	Pulso: _____							
	Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____							
	Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ <u>Disociación toraco bdominal:</u> _____							
Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____								

3	Respiración asistida: _____ controlada: _____
	Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor
	Tubo traqueal _____ _____ _____ _____
	Cavidad oro nasal _____ _____ _____ _____
	Humidificación y oxigenación: _____

	Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____
Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____	
Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____	
4	Reposo-sueño
	Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con jugueta: _____
	Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____
	Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____
	Duerme siesta: _____ En qué horario: _____
	Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____
	Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____
	Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____
	Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Nauseoso: _____
	Búsqueda: _____ Moro: _____
	Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____
Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbricadas: _____	
5	Vestido
	Condiciones de la ropa de vestir: _____
	Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____
	Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____
Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____	
6	Termorregulación
	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? _____

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

10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____</p> <p>Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____</p> <p>Los objetos: _____ Animales: _____</p> <p>Las personas: _____ Juega solo: _____</p> <p>Con otros niños: _____ Con adultos: _____</p>								
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> <p>¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____</p> <p>_____</p>								
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>_____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Cómo ha <u>reaccionado</u> el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> <p>_____</p> <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____</p> <p>Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nombre del medicamento</th> <th style="width: 15%;">Dosis</th> <th style="width: 15%;">Vía</th> <th style="width: 37%;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha						
_____	_____	_____	_____						

	De qué forma acostumbra a dárselos: _____
	Aprendizaje
13	Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____ ¿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
14	¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____ _____ 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

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

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

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Fecha en la que se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución

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 3. Valoraciones Focalizadas.



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: _____ Fecha: _____ Servicio: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Registro: _____ Valoración

Focalizada de la necesidad de: _____

I. Datos subjetivos.

II. Datos Objetivos:

FC: ____ FR: ____ T/A: ____ Temp. ____

A) Observación general (habitus externo)

B) Valoración de la necesidad.

III. Tipo de relación de enfermería:

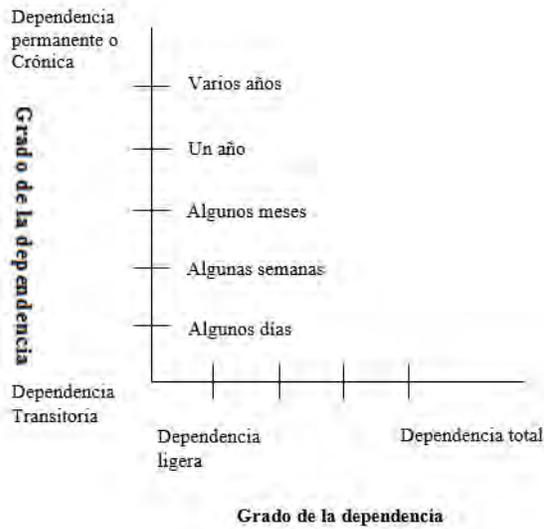
- a) Acompañamiento.
- b) Suplencia.
- c) Ayuda

IV. Fuentes de la dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad)

V. Diagnóstico de Enfermería



Comentarios:



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