



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN LACTANTE CON ALTERACIÓN
EN NECESIDADES BÁSICAS CON BASE EN EL
MODELO DE V. HENDERSON**

Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería

PRESENTA

Sánchez Ramírez Gloria Anahí

Número de cuenta:

417149741

Lic. Martha Elena Suárez Cháirez
Directora del trabajo



Ciudad de México, junio del 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimiento:

En este trabajo quiero dejar plasmado el enorme agradecimiento para mis profesores los cuales me guiaron a comprender y aplicar mis nuevos conocimientos en mi práctica diaria de enfermería, ya que al aplicar el enfoque holístico nos percatamos de necesidades que en ocasiones el propio paciente o familiar no expresa. Gracias por cada mensaje de aliento que recibí de mis asesores, del tiempo para contestar inquietudes sobre las actividades y sobre todo de la paciencia que demuestran en cada una de sus retroalimentaciones.

En esta ocasión también quiero destacar el apoyo que nos brindó el Hospital San José al darnos el voto de confianza para otorgarnos la beca para realizar la licenciatura, al departamento de enseñanza por siempre estar al pendiente de nuestros avances y sobre todo al Licenciado Francisco Álvarez Briones que siempre nos motivó a seguir con el proyecto y a no rendirnos pese las circunstancias.

Por último, agradezco a mi familia y amigos que siempre me motivaron a seguir con mi propósito de terminar la licenciatura, a mi mamá y a mi esposo que siempre me apoyaron en el cuidado de mi hijo para realizar actividades, cursos de la carrera y del trabajo.

Índice:

Agradecimiento.....	1
Introducción	3
Objetivo.....	4
Marco teórico.....	4-10
Metodología.....	11
Proceso de atención de enfermería...	12-22
Conclusión.....	23
Sugerencia.....	23
Bibliografía.....	24
Anexos.....	25-33.

Introducción:

Los pacientes con atresia biliar inician su padecimiento en las primeras semanas de vida, por lo que se tiene que tener un conocimiento de los principales signos y síntomas para iniciar con un diagnóstico y tratamiento oportuno, el cual mejora el pronóstico del paciente. Al ser el personal de enfermería el que esta a cargo de los cuidados del paciente durante su estancia hospitalaria, se debe de apoyar con la recopilación de información para cubrir las necesidades que requiere en ese momento el paciente. En enfermería el instrumento principal para establecer los cuidados de los pacientes es la realización del proceso de atención ya que este conlleva una serie de pasos sistematizado que nos garantiza el brindar un cuidado holístico al paciente y familiares.

La implementación del Proceso Enfermero en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados de enfermería ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina de enfermería.

Así podemos decir que la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera es el Proceso Enfermero. Alfaro (2002) lo define como “un método sistemático u organizado para administrar cuidados de enfermería de manera individualizada”.

En el proceso de atención nos podemos guiar con diferentes modelos de enfermería en este caso se recaudaron los datos objetivos y subjetivos del paciente guiándonos en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

Objetivo:

Definir la importancia de realizar el proceso de enfermería para brindar una atención con cuidados holístico al paciente.

Establecer planes de cuidados individuales y familiares.

Educar e integrar a los cuidadores a las actividades diarias del paciente.

Marco teórico:

La enfermería como profesión se ha caracterizado por la lucha continúa para desarrollar una base de conocimientos única que la distinguen de otras profesiones. El cuidado en la experiencia de la salud humana es uno de los fundamentos teóricos que orientan la práctica, la investigación y la gestión de la enfermera.

La historia del cuidado se remota a la antigüedad, desde el inicio de las civilizaciones y está relacionada con la protección de la salud.

El cuidado es un acto de vida que tiene como objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, y de ese modo luchar contra la muerte: la del individuo y la del grupo. El cuidarse, cuidar y ser cuidado

son funciones naturales indispensables para la vida de la persona y la sociedad, tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. (Colliere, 1993)

Los cuidados de enfermería básicamente se refieren a ayudar a los individuos enfermos a llevar a cabo las actividades que normalmente haría por si mismo si fuera capaces. Por ende, el cuidado de enfermería consiste básicamente en proporcionar comodidad y apoyo al paciente, pero además también a su familia. (Dugas.B. W. Tratado de enfermería práctica. México. Nueva Edición Interamericana. 1998)

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Representa la estructura más abstracta y global de la ciencia de enfermería. Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno salud y enfermera.

- A) La salud: estado de bienestar físico, mental y social.
La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
Requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tiene la fuerza la voluntad o conocimientos necesarios.
- B) El entorno; es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afecta a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición de Webster New Collegiate Dictionary 1961).
- C) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. El paciente y su familia conforman una unidad.
- D) Enfermería: Henderson define a la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que esté realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

El Proceso de enfermería tiene un sustento teórico fundamentado en diversas teorías en enfermería comenzando con la pionera Florence Nightingale que hace más de un siglo da los primeros indicios del proceso por medio de los cuidados higiénicos y estructurales de las entidades de salud, donde a través de la observación identifica prioridades en términos de condiciones de salubridad para evitar la propagación de infecciones,

Posterior, Virginia Henderson con su teoría de las catorce necesidades básicas en el paciente, donde podría decirse que se sientan las primeras bases para una nomenclatura propia para definir problemas y prioridades de Enfermería, lo que se relacionaría con la fase diagnóstica, partiendo de una valoración previa y luego en

una evaluación sobre la disminución del papel del personal de Enfermería a media de la independencia del paciente.

En este modelo conceptual de Virginia Henderson radica que sirve como guía fundamental a la hora de llevar a cabo un proceso de Enfermería. Es decir, valora las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico, orienta sobre los datos objetivos u subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos. De este modelo se identifican datos de interés para conocer la situación de dependencia que presenta el individuo en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual.

Las 14 necesidades establecidas por Henderson son:

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, vestir 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 etc.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que si labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que condice al desarrollo y a la salud normal.

Las actividades que el personal de enfermería realiza encaminadas a cubrir las necesidades del paciente son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente.

Esto implica la utilización de un método sistemático para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados, es decir la implementación de Proceso de atención de enfermería.

Etapas del Proceso de enfermería enfocado en las 14 necesidades de Henderson:

Valoración: Se estructura la valoración desde la respuesta de la persona a las 14 necesidades de Virginia Henderson desde un enfoque físico, psicológico y social.

Diagnostico: El diagnostico de enfermería corresponde con la fase de interpretación de la información crítica de los resultados obtenidos durante la

valoración. Se extraen conclusiones mediante los datos obtenidos, Se delimita el factor casual como fuente de dificultad. Es decir, se define el problema en base a las fuentes de dificultad identificadas.

Planificación: Establece con el paciente los objetivos o metas a alcanzar. Se establece también las acciones del cuidador en la función de la fuente de dificultad que presenta el paciente. Por lo tanto, se establece en base a las fuentes de dificultad detectada.

Ejecución Consiste en ejecutar los cuidados, reevaluar al paciente y comunicar las estrategias de enfermería.

Evaluación: Se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos, SE intenta conocer si se ha eliminado o reducido la fuente de dificultad mediante una valoración del paciente. Se identifica el nivel de dependencia o independencia alcanzado con el plan de cuidados.

De igual forma, Dorotea Orem en su teoría del déficit de autocuidado, implica la etapa diagnóstica y de planeación en la definición de los requisitos del autocuidado para obtener los resultados esperados y los sistemas de enfermería que tiene que ver con las acciones, se relacionan con la fase de ejecución del proceso.

La teórica Ida Jean Orlando es quien fundamenta como tal el proceso por medio de la teoría del proceso de enfermería, que brinda los primeros cimientos para conformar los elementos básicos de este dado por el contacto enfermera-paciente.

Mayore Gordon introduce el termino de patrones funcionales definidos como “una expresión de integración psicosocial, influidos por factores biológicos del desarrollo, culturales, sociales y espirituales” los cuales son once patrones de enfermería; cognoscitivo perceptual, nutricional- metabólico, actividad u ejercicio, eliminación, manejo de salud, descanso u sueño, reproductivo sexual, creencias y valores, relaciones de rol, auto percepción auto concepto y adaptación y tolerancia al estrés, para realizar la valoración del sujeto de cuidado y a partir de ello definir el diagnóstico de enfermería.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. Rosalinda Alfaro (1993).

En la actualidad el Proceso de enfermería a seguido el método científico y, obteniendo con ello una aproximación sistemática a las alteraciones y/o riesgos de salud de los individuos, grupos o comunidades. Este hecho hace imprescindible

unificar los criterios del enfoque profesional, sistematizar la práctica y utilizar lenguaje estandarizado, elementos fundamentales para el reconocimiento y desarrollo de nuestra profesión de enfermería.

El lenguaje de enfermería es la forma de expresar nuestros conocimientos que permiten perfeccionar las practicas cotidianas mediante una descripción, explicación y predicción de fenómenos, comunes en nuestra profesión.

El lenguaje estandarizado se puede aplicar en todo el proceso comenzando tras la valoración, ya que es la clasificación de los datos puede hacerse según el modelo enfermero sistema al método que se considere más adecuado al ámbito de trabajo, facilita pasar de la valoración al diagnóstico y reduce errores si hay consistencia entre la organización de los datos de la valoración y el agrupamiento de las categorías diagnosticas. A partir de esta fase se debe unificar el lenguaje práctico, Para ello surge como propuesta de los propios profesionales plantear la Clasificación Internacional de los Diagnósticos de Enfermería (NANDA), esta clasificación define como propósito desarrollar pensamiento critico para la toma de decisiones en la práctica del cuidad, y el aprendizaje en la construcción de los diagnósticos de enfermería, al igual que los Resultados de enfermería (NOC) y de las Intervenciones de Enfermeras (NIC). Su combinación y aplicación en el proceso de enfermería ofrecen múltiples beneficios, así como acerca el camino hacia la excelencia profesional y que contribuya a elevar el nivel profesional de todos los campos y funcione de enfermería, asistente, gestión, docencia e investigación, que disminuya la variabilidad de los cuidados.

Para la aplicación de los diagnósticos NANDA se desarrolló una taxonomía la cual esta conformado por tres niveles:

Dominios: es una esfera de actividad, estudio de interés.

Clase: es la subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado.

Un diagnostico enfermera: es el juicio sobre la respuesta de una persona, familia, comunidad a problemas de salud /procesos vitales reales o potenciales que proporcionan base de la terapia definitiva para el logro de objetos de los que la enfermera es responsable (206 diagnósticas) (NANDA International, 2010, p.363).

Así mismo a esta taxonomía se le asigno un código al diagnóstico enfermera, estructurado por 32 bits, cada uno de 5 dígitos, lo cual facilita el crecimiento y desarrollo de la estructura de la clasificación, sin cambiar los códigos cuando se produzcan revisiones o refinamientos, o cuando se añadan nuevos diagnósticos.

El proceso de atención consta de cinco etapas:

La valoración es la base para el cuidado del paciente, constituye un proceso sistemático y dinámico de recolección de datos procedentes de diversas fuentes

para analizar el estado de salud de una persona por medio de un instrumento de valoración con el enfoque metodológico, que permite identificar la alteración de las necesidades humanas, elaborar diagnósticos de enfermería y proseguir con el resto de las etapas del proceso de enfermería. En el cual el o la profesional de enfermería a través de la interacción con el paciente, los familiares y los profesionales de salud, reúne y analiza datos del enfermo. Montesinos Jiménez. G (2007).

El diagnóstico consiste en analizar la información obtenida para emitir un juicio sobre el estado de salud, del usuario, familia y comunidad. Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluyen tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

La planeación consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. 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 ambiente de cuidado, individualizado o colectivo.

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios; preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde intervienen según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La evaluación permite determinar el progreso de usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar la competencia de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, para modificaciones necesarias. Esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso.

Al realizar el proceso en un paciente lactante debemos establecer las edades de la infancia la cual abarca desde la concepción hasta los 20 o 21 años de edad y se dividen en diversas fases.

En las etapas que nos enfocaremos en la de lactante menor que se caracteriza por depender de los brazos y alimentación materna. Pleno de eventos y actitudes que reflejan la fase extrauterina más acelerada del desarrollo en el humano. Comprende de los 28 días de nacido hasta los 12 meses.

La morbilidad infantil se le puede definir como la proporción de personas que se enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de un lugar en específico. Las principales morbilidades en el rango de edad de 28 días a 1 año desacuerdo a las cifras reportadas por secretaria de

salud en el 2020 son infecciones respiratorias agudas, seguida por infecciones intestinales por otros organismos, conjuntivitis, infecciones de vías urinarias, desnutrición leve, neumonías y bronconeumonías.

La mortalidad es el número proporcional de las muertes en una población y tiempo determinado, la mortalidad infantil es el indicador más sensible del estado de subdesarrollo de unas comunidades. Las principales causas de mortalidad infantil en México las cuales son: dificultad respiratoria del recién nacido, otros trastornos respiratorios, malformaciones congénitas del sistema circulatorio, influenza y neumonía.

Los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad pediátrico más destacados de riesgo para los distintos periodos de la edad pediátrica, enfatizan en el periodo perinatal. Factores de morbilidad por periodos:

- 1) Factores preconceptionales: Historia Familiar, historia materna, factores obstétricos.
- 2) Factores natales: Alteraciones maternas o fetales durante el trabajo de parto (fiebre o signos de infección, trabajo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal, trabajo de parto prolongado, parto complicado, cesaría, prolapso de cordón, nudo real de cordón).
- 3) Niño al nacer: Anomalías congénitas: fistulas traqueo esofágicas, hendidura de palatina, hernia diafragmática, malformación del tubo digestivo, arteria umbilical única, etc. Líquido amniótico impregnado de meconio. Anomalías placentarias, desproporción entre peso y edad gestacional, maniobras obstétricas, traumatismo del parto, desproporción céfalo pélvica, bajo Apgar, infección, hemorragias, enfermedad hemolítica, etc.
- 4) Factores post natales: Respiración anormal, pausas apneicas movimientos anormales, convulsiones, vómitos, distensión abdominal, no expulsión de meconio por más de 24 horas, melena, palidez, cianosis, ictericia, inestabilidad térmica, irritabilidad o letargia, hipoglicemia.

Factores de mortalidad por:

- 1) Periodo Perinatal: Prematurez, Afecciones atóxicas e hipóxicas, afecciones de la placenta y cordón umbilical, Enfermedades hemolíticas del recién nacido, Afecciones maternas, parto distócico, malformaciones congénitas, infecciones respiratorias y entéricas, sepsis.
- 2) Lactante menor: Infecciones gastroentéricas, infecciones respiratorias; bronquitis, bronconeumonías, etc. Desnutrición proteico- calórica, Enfermedades exantemáticas: sarampión, tos ferina, Meningo encefalitis, malformaciones congénitas, Septicemias, infecciones renales (síndrome nefrítico- nefrosis).

En el lactante menor en el que desarrollamos nuestro proceso de atención de enfermería nos indica un diagnóstico médico de atresia biliar la cual se trata de una malformación que afecta las vías biliares extrahepáticas e intrahepáticas, lo cual produce obstrucción en la salida de las bilis dentro de los primeros 3 meses de vida, con un origen desconocido, y predominio en el sexo femenino. La atresia de vías biliares extrahepática ocurre en tres de 1000 recién nacidos vivos, En el Instituto Nacional de pediatría se atienden a seis o siete casos anualmente.

Los problemas que causa este padecimiento se inician entre la primera y segunda semana de vida, cuando aparece ictericia, seguida de acolia y coluria, heces de color blanco y crecimiento de hígado.

La etiología actualmente es desconocida, pero existen múltiples factores:

- Enfermedad inflamatoria progresiva, es la hipótesis más aceptada debido al carácter progresivo de la enfermedad, probablemente producido por virus.
- Para la forma embrionaria se han invocado factores exógenos gestacionales como drogas, fitotóxicas, micotoxinas, y toxinas industriales o de productos agrícolas.
- Genéticas por sí asociación a otras anomalías.
- Falta de recanalización de los conductos biliares.
- Isquemia.
- Reflujo de secreciones pancreáticas.
- Malformaciones de la placa ductal.

Metodología:

En el proceso de enfermería que elabore decidí trabajar con las 14 necesidades de Virginia Henderson, esto me permitió valorar detalladamente cada una de ellas y así realizar el proceso de acuerdo a su edad y condición actual, y evaluar los resultados de dichos cuidados.

En cada una de las etapas del proceso de enfermería; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación se iba retroalimentando cada uno de los pasos a seguir, esto ayudó a que tuviera una mejor visión de lo que se tenía que mejorar en la atención y mejorar la confianza de la mamá al integrarla a cada uno de los procedimientos que se le realizaban al lactante.

Por ello en la primera intervención con la tutora del lactante menor se llevó a cabo la presentación de una servidora y el consentimiento de la madre para iniciar el proceso de enfermería en el cual se explicó lo que se realiza durante el proceso y los beneficios que se obtienen para el paciente y familiar, con ello iniciamos la entrevista en la cual se detalló por las 14 necesidades cuales eran las actividades para satisfacer cada uno de ellas, al par se realizó la exploración física se detalló las condiciones generales y específicas del paciente.

Al recopilar la información se llegó a determinar los diagnósticos en los que se trabajarían, al planear como iniciar los cuidados valoramos que estos deben de ser también un enfoque educativo para la mamá ya que ella continuaría con los cuidados en casa. Se inició la Ejecución de los cuidados con ello se explicó a la tutora en grandes rasgos que era la atresia de vías biliares ya que refería que no le habían explicado o más bien le explicaron pero al utilizar terminología médica no había comprendido bien, al igual se explicó y se le brindó la confianza de que hiciera preguntas de cómo se realizaba desde los cambios de posición hasta las curaciones de heridas así como el cuidado del Penrose el cual continuaba con líquido seroso en cantidades de 20 a 30 mililitros por turno y se observaba lesión en piel por el cambio constante de gasa por ello se inició a recolectar con bolsa de orina pediátrica para evitar el acumulo de humedad en piel.

Presentación de caso clínico:

Se realiza proceso de enfermería a Paciente lactante menor de 3 meses de edad JBMM, hijo de madre de 38 años de edad quinta gesta (G 5, P2, A1) antecedente familiar de hermana finada a los 2 días de vida, por hemorragia cerebral. Padre de 40 años sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas.

Antecedentes:

JBMM nace de 36 SDG por Capurro, permanece internado en la unidad de cuidados intensivos neonatal durante dos meses con diagnóstico de asfixia perinatal, así como con sepsis con resolución. En su estancia requirió de VAFO durante 14 días y ventilación mecánica controlada durante 10 días a egresó se le realizan tamiz metabólico neonatal confirmando hipotiroidismo congénito.

Se ingresa a hospitalización 20 de octubre de 2021 al iniciar con ictericia en escleras y piel incluyendo en las plantas de las 4 extremidades. Se realizan estudios arrojando datos de hiperbilirrubinemia se realiza ultrasonido abdominal se reporta sin dilatación de vías intra o extrahepáticas con vesícula biliar colapsada con escasas bilis, se repite eco por el cual se pasa a cirugía el día 5 de noviembre para realizar operación de KASAI laparoscópica.

Al ingreso de paciente postoperatorio se observa coloración ictérica, con sonda orogástrica, con heridas cubiertas con gasas limpias, abdomen blando, pen Ross con pérdida activa de líquido seroso, con periodos constantes facies de dolor e irritabilidad, evaluado con escala de dolor en 6.

Catorce necesidades de Virginia Henderson.

1.Necesidad de Oxigenación.

Datos subjetivos: Sin alteración aparente en el patrón respiratorio, sin datos de disnea ni dolor al respirar.

Datos objetivos: con signos vitales acorde a la edad Saturación de oxígeno 100%, frecuencia cardiaca 117x', frecuencia respiratoria 29x' T/A 68/41, con llenado capilar a 3 segundos.

2.Necesidad de nutrición e hidratación.

Datos subjetivos: Paciente actualmente en ayuno con presencia de sonda nasogástricas, con estímulo de succión no nutritiva, sin problema de deglución, con plan de líquidos continuo con goteo de 18.8 ml/h con balances negativos de 24 horas. Con un peso de 4.5 kilos y talla de 55 cm.

Datos objetivos: Se observa piel seca, con turgencia disminuida, palidez en encías y lechos ungueales, su herida quirúrgica se observa con buena cicatrización, sin presencia de edema en miembros inferiores y superiores.

Dominio 2: nutrición.

Clase1: Ingesta.

00002- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a la necesidad relacionado con incapacidad para absorber nutrientes manifestado con piel seca, labios resecos, palidez en mucosas y peso inferior a 20% al peso ideal.

3.Necesidad de eliminación.

Datos subjetivos: Diuresis al día de hoy en buen volumen y clara, cambios de pañal de 5-6 veces por día, evacuación ausente, con referencia de madre que en casa presentaba 1 diaria amarilla pálida.

Datos objetivos: Abdomen blando globoso, con presencia de peristalsis, con facies de dolor a la palpación por herida quirúrgica la cual presenta buena cicatrización con Penrose drenando contenido serohemático de 20 a 30 mililitros por turno.

Dominio 2: Nutrición.

Clase 5 Hidratación.

00027- Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado con piel y mucosa seca.

4.Necesidad de termorregulación.

Datos subjetivos: Paciente eutérmico, se observa con ropa debajo de bata para ayudar a mejorar temperatura y confort.

Datos objetivos: Piel cálida, sin presencia de transpiración excesivo. El entorno del paciente al estar hospitalizado depende de la ventilación y aire acondicionado de la institución la cual se mantiene a 24 °C.

5.Necesidad de mover y mantener una buena postura.

Datos subjetivos: Por el momento se observa movilidad limitada por cirugía y por madre ya que refiere temor a lastimarlo.

Datos objetivos: Paciente se observa alerta, con lapsos de irritabilidad a la manipulación, con buena fuerza, flexibilidad y tono en extremidades

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort Físico.

00132- Dolor agudo relacionado con herida quirúrgica manifestado por irritabilidad y facies de dolor.

6.Necesidad de Descanso y sueño.

Datos subjetivos: Descansa de 4-5 horas con presencia de siestas, sueño de 2 a 3 horas, el cual se interrumpe por la administración de medicamentos u procedimientos al paciente.

Datos objetivos: En estado de vigilia se observa alerta, a la manipulación del personal de salud presenta llanto e irritabilidad.

7.Necesidad de usar prendas de vestir adecuadamente.

Datos subjetivos: Por edad depende de padres para seleccionar vestuario.

Datos objetivos: Viste de acuerdo a edad por padres, se observa vestimenta integra y limpia.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Datos subjetivos: Baño una vez por día por las mañanas por hospitalización, refiere limpieza de encías de 1 a 2 veces por día.

Datos objetivos: Buen aspecto general con lesiones en abdomen limpias con buena cicatrización.

Dominio 11; Seguridad/ protección

Clase 2: Lesión física.

00046- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con herida quirúrgica y drenaje pasivo manifestado con interrupción de la continuidad de la piel e invasión de estructuras corporales.

9.Necesidad de evitar peligros.

Datos subjetivos: Familia integrada por madre, padre y dos hermanos, dependiendo de cuidadores ante la situación de urgencia.

Datos objetivos: No refiere peligros en hogar.

10.Necesidad de comunicarse.

Datos subjetivos: Por edad su socialización es en su núcleo familiar.

Datos objetivos: Se comunica con lenguaje no verbal con sonrisa social, llanto y balbuceo.

11.Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Datos subjetivos: Padres refieren criar con creencia religiosa católica la cual no conflictúa en el tratamiento y estancia hospitalaria.

Datos objetivos: Sin datos referidos.

12.Necesidad de trabajar y realizarse.

Datos subjetivos: No aplica.

Datos objetivos: Por edad no es valorable.

13.Necesidad de jugar en actividades recreativas.

Datos subjetivos: Al estar hospitalizado no refiere

Datos objetivos: Madre refiere que realiza ejercicios de estimulación temprana en casa.

14.Necesidad de aprendizaje.

Datos subjetivos: Por edad no aplica, se le brinda educación de la enfermedad de su hijo ya que refiere deseos de aprender para mejorar en los cuidados.

Datos objetivos: Refiere estar realizando estimulación temprana.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase 2: Afrontamiento

00074-Afrontamiento familiar comprometido relacionado con información inadecuada de cuidadora manifestada con conductas que interfieren con el cuidado.

Plan de cuidados de Enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Diagnóstico de Enfermería	Resultado NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana
<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a la necesidad relacionado con incapacidad para absorber nutrientes manifestado con ingesta inferior a las raciones diarias.</p>	<p>Estado nutricional (1004)</p>	<p>100408- ingesta de líquidos. 100401 ingesta de nutrientes. 1004111- Hidratación</p>	<p>1- Desviación grave del rango normal. 2- Desviación sustancial del rango normal. 3- Desviación moderada del rango normal. 4- Desviación leve del rango normal. 5- Sin desviación del rango normal.</p>	<p>Mantener a 3 aumentar a 5.</p>
	<p>Estado nutricional: ingesta de alimentaria y de líquidos.</p>	<p>100804- Administración de líquidos IV</p>	<p>1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuad. 5. Completamente adecuado.</p>	<p>Mantener en 4 aumentar a 5.</p>
<p>INTERVENCIONES (NIC) Manejo de la nutrición 1100</p>			<p>INTERVENCIONES Monitorización nutricional.1160</p>	
<p>Ajustar dieta. Pesar al paciente a inérvalos adecuados. Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.</p>			<p>Pesar al paciente a los intervalos establecidos. Vigilar tendencia a perdida o ganancia de peso.</p>	

	Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación. Controlar la ingesta calórica y nutricional. Observar cambios importantes en el estado nutricional.
--	--

EVALUACIÓN

Paciente con 4 día de ayuno el cual solo se complementa con un plan de líquidos de Solución mixta (fisiológico -glucosado) y KCL, se le sugiere al médico aportación mayor con NPT el cual se niega por falta de insumos, se comenta la perdida de volumen por Penrose el cual no se repone a respuesta negativa argumentando menor gasto de herida.

Plan de cuidados de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos

Diagnóstico de Enfermería	Resultado NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana
00027- Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado con piel y mucosa seca.	Hidratación. (0602)	060215- Ingesta de líquidos.	1. Grave comprometido 2. Sustancialmente. 3. Moderadamente. 4. Levemente. 5 no comprometida.	Mantener a 2 Aumentar a 4. Mantener a 3 Aumentar a 5.
	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. (1008)	060202- Membranas mucosas húmedas.		Mantener a 2 Aumentar a 4.
		100804- Administración de líquidos IV	1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente inadecuado.	

INTERVENCIONES (NIC)	Manejo de líquidos.	4180- Manejo de hipovolemia.
-Realizar un registro de ingesta y eliminación. -Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado). -Monitorizar signos vitales. -Monitorizar estado nutricional. -Administrar líquidos vía oral o intravenosos dependiendo de la aceptación de la paciente sobre su ingesta de líquidos.		-Comprobar el estado de líquidos. -Mantener una vía IV permeable. -Controlar pérdidas de líquidos insensibles. -Promover la integridad de la piel. -Vigilar la pérdida de líquidos. -Vigilar signos vitales.
EVALUACIÓN		
Se observa indicios de deshidratación por piel y labios secos, con balance de líquidos anteriores negativos por uso de furosemida en días previos por el cual se suspende diurético y se observa mejoría en balances positivos e hidratación de la piel.		

Plan de cuidados de Enfermería: Dolor agudo

Diagnóstico de Enfermería	Resultado NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana	
Dolor agudo relacionado con herida quirúrgica manifestado por irritabilidad y facies de dolor.	Control de dolor.	Reconocer factores causales.	1. Nunca 2. Raramente. 3. En ocasiones 4. Con frecuencia. 5. Constantemente	Mantener a 3 Aumentar a 5.	
		Utilizar medidas preventivas.		Mantener a 4 Aumentar a 5.	
		Utilizar analgésicos de forma adecuada.		Mantener a 3 Aumentar a 5	
	Nivel del dolor.		Dolor referido.	1. Intenso. 2. Sustancial. 3. Moderado.	Mantener a 3 Aumentar a 5
			Frecuencia del dolor	4. Ligero 5. Ninguno	Mantener a 2 Aumentar a 5
			Duración de los episodios de dolor.		Mantener a 3 Aumentar a 5
			Expresión oral de dolor.		Mantener a 3 Aumentar a 5
			Expresión facial de dolor.		Mantener a 2 Aumentar a 4

INTERVENCIONES (NIC) Manejo del dolor.	INTERVENCIONES (NIC) Administración de analgésicos.
<ul style="list-style-type: none"> -Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, característica, aparición/duración. -Evaluar con el paciente la eficacia de los métodos para disminuir el dolor. -Proporcionar técnicas no farmacológicas que pueden disminuir la sensación de dolor. -Utilizar medidas de control de dolor antes que el dolor sea severo. -Valorar la efectividad del medicamento o acción para comunicar al médico y ver más opciones de tratamiento. -Medicar antes de una actividad para aumentar la participación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Comprobar la historia de alergias y orden medica sobre el medicamento, dosis, frecuencia del analgésico. Determinar la selección de analgésicos al igual que determinar la vía de administración. Administrar analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia. -Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos. -Informar los efectos de los analgésicos
INTERVENCIONES (NIC) Manejo de la medicación.	INTERVENCIONES0 (NIC) Aplicación de calor y frio.
<ul style="list-style-type: none"> -Administrar de forma adecuada los fármacos de acuerdo a la prescripción médica. Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Observar si presenta efectos adversos. -Explicar al paciente el método de administración, la acción y los efectos secundarios esperados. -Valorar la frecuencia de los episodios de dolor y ver la administración anticipada de medicamento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar la utilización de calor, la razón del tratamiento y la manera en que afectara a los síntomas del paciente. -Verificar la eficacia del método proporcionado. Seleccionar el sitio de estimulación, considerando lugar alterado. -Evaluar la efectividad de la aplicación de calor en el sitio afectado. -Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración. -Evaluar y registrar el nivel de la eficacia y el nivel de sedación que recibió el paciente
EVALUACIÓN	

Se observa a Josué con facies de dolor e irritabilidad en lapsos intermitentes con una escala de dolor subjetiva de 3-4, se administran analgésicos con mejoría de 1-2, se evalúa cada 30 minutos para ver eficacia de medicamento, se brinda posición que mejora el dolor al igual que se colocan fomentos tibios en abdomen.

Plan de cuidados de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea.				
Diagnóstico de Enfermería	Resultado NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con herida quirúrgica y drenaje pasivo manifestado con interrupción de la continuidad de la piel e invasión de estructuras corporales	Curación de heridas por segunda intención.	Secreción Serosanguinolenta. Eritema cutáneo circundante.	1.Extenso. 2. sustancial. 3. Moderado. 4. Escaso. 5.Ninguno.	Mantener a 2 aumentar a 3. Mantener a 3 aumentar a 4

INTERVENCIONES (NIC) Cuidados de herida 3660	INTERVENCIONES0 (NIC) Cuidados de drenaje.
Despegar los apósitos. Monitorizar características de heridas. Limpiar con solución salina o limpiador no toxico. Cuidar el sitio de inserción de pen rose. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.	Mantener la permeabilidad del drenaje. Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción. Administrar cuidados de la piel en el sitio de drenaje

EVALUACIÓN

Al iniciar se observa en sitio de Penrose gases húmedas con secreción serohemática realiza con herida con ligero eritema curación con microdacyn y posterior se limpia con solución fisiológica, se mantiene herida seca con mejoría en eritema.

Plan de cuidados de Enfermería: Afrontamiento familiar comprometido.

Diagnóstico de Enfermería	Resultado NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana
Afrontamiento familiar comprometido o relacionado con información inadecuada de cuidadora manifestada con conductas que interfieren con el cuidado.	<p>Cocimiento: proceso de la enfermedad.</p> <p>Conocimiento : proceso terapéutico.</p>	<p>1.Efectos fisiológicos de la enfermedad.</p> <p>2.Signos y signos de la enfermedad.</p> <p>3.Complicaciones de la enfermedad.</p> <p>4. Signos y síntomas de la enfermedad.</p> <p>1.Procedimiento terapéutico.</p> <p>2.Propósito de procedimiento.</p> <p>3. Precauciones de la actividad.</p> <p>4.Restricciones relacionadas con el procedimiento.</p>	<p>1. Ningún conocimiento.</p> <p>2. Conocimiento escaso.</p> <p>3.Conocimiento moderado.</p> <p>4. Conocimiento sustancial.</p> <p>5. Conocimiento extenso.</p>	<p>Mantener a 2 aumentar a 4.</p> <p>Mantener a 2 Aumentar a 5</p> <p>Mantener a 2 aumentar a 4</p> <p>Mantener a 3 aumentar a 5.</p> <p>Mantener a 2 aumentar a 5.</p> <p>Mantener a 3 aumentar a 4.</p> <p>Mantener a 2 aumentar a 4</p> <p>Mantener a 3 aumentar a 5</p>

INTERVENCIONES (NIC) Enseñanza: tratamiento.	INTERVENCIONES0 (NIC) Enseñanza: proceso de enfermedad.
<p>Informar al familiar cuando y como se realizarán los procedimientos y tratamiento.</p> <p>Explicar el propósito del procedimiento y tratamiento.</p> <p>Enseñar al familiar como cooperaren el procedimiento.</p> <p>Proporcionar la información al familiar acerca de lo que sentirá al realizar el procedimiento.</p> <p>Involucrar al familiar en los procedimientos.</p>	<p>Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente.</p> <p>Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología.</p> <p>Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.</p> <p>Describir las posibles complicaciones crónicas.</p> <p>Enseñar al paciente medidas para controlar.</p> <p>Instruir a familiar sobre cuáles son los signos y síntomas de los que deben informarse al cuidador.</p>
EVALUACIÓN	
<p>La mama al inicio de entrevista refiere que no le han explicado los procedimientos ni una referencia de cuál será el tratamiento se le explica cuál es el diagnóstico y como se realizara los tratamientos al igual que se le explica cómo realizar la curación y cambio de gasas de las heridas.</p>	

Evaluación:

Al realizar los cuidados correspondientes de cada uno de los diagnósticos encontrados se mejoró la estancia del paciente brindándole confort. Se brindó la educación necesaria a la mamá para que realizara los procedimientos y cambios de posición necesarios con mayor seguridad, se continuo con las evaluaciones de dolor, se llevó un control de líquido estricto para evaluar reposiciones de líquidos. Con ello las actividades relacionadas con el proceso de atención se revaloraron hasta llegar al objetivo que es la mejoría del paciente.

Conclusiones:

Al tener un proceso de enfermería se establecen los cuidados en cimientos científicos que brindan una atención sistemática y clasificada de las necesidades del paciente.

Realizar el proceso a un paciente con atresia de vías biliares post- operado nos brinda una perspectiva holística del cambio que enfrenta paciente y familia. Los cuidados principales fue el estado de nutrición y aporte de líquidos, así como evaluar el dolor e incluir en los cuidados a los familiares como también está el brindarle enseñanza al cuidador para que se sienta incluido en el tratamiento y en casa se continúe con las curaciones y valoración de complicaciones.

Sugerencias:

Al realizar el proceso de enfermería note que el educar al familiar y darle una educación adecuada mejora la comunicación y calidad de tratamiento del paciente ya que en los infantes el principal cuidador esta las 24 horas con el paciente y el que informa datos al personal de salud y si el familiar no tiene un conocimiento adecuado del tratamiento, los síntomas y signos de complicaciones provocara un retraso u omisión en la atención.

Referencias bibliográficas:

Reina G., Nadia Carolina (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico, (17),18-23.[fecha de Consulta 22 de Noviembre de 2021]. ISSN: 1692-3375. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

Rejas Villegas, Isabel Antonieta. (2020). ATRESIA DE VÍAS BILIARES EXTRAHEPATICAS EN PEDIATRIA Y CITOMEGALOVIRUS COMO CAUSANTE. Revista Científica Ciencia Médica, 23(1), 92-96. Recuperado en 23 de noviembre de 2021, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332020000100013&lng=es&tlng=es.

Villamil Martínez, Ramón, Pi Osoria, Andrés José, Ramírez Guirado, Alejandro, Pérez Duvergel, Anecio, Betancourt Berriz, Daniela, Silverio García, César, & Cobas Torres, Yanisleidys. (2020). Guía de práctica clínica en atresia de las vías biliares. *Revista Cubana de Pediatría*, 92(4), e1168. Epub 01 de diciembre de 2020. Recuperado en 23 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400016&lng=es&tlng=es.

Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales MEDISAN, vol. 22, núm. 7, pp. 578-599, 2018
Centro Provincial de Ciencias Médicas

Enfermería actual (S.F.) Listado de diagnósticos NANDA. Recuperado el 30 noviembre 2021 de <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda-2/>

Moorhead. S., PhD, Jhonson M., Maas M., Swanson E., (2014) Clasificación de resultados de Enfermería (Quinta Edición). Elsevier.

Bulechek G., Butcher H., McCloskey J., (2009) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (quinta Edición) Elsevier.

Valencia Castillo, F, (2011) Antropología y Enfermería, Manuscrito no publicado. México: SUA-ENEO-UNAM.

Perez Zuma S, León Moreno (S.F) Proceso diagnóstico de enfermería, Manuscrito no Publicado México: SUA-ENEO-UNAM

Anexos:

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: J.BM.M.	Edad:3 meses.	Talla: 55cm. Peso:4.5kg.
Fecha de nacimiento:		Sexo: Masculino
Ocupación: NA	Escolaridad: NA	Fecha de admisión:21-10-2021
Hora: 22:00	Procedencia: Hospitalización.	Fuente de información: Directa (mamá)
Fiabilidad: (1-4) 1		

II. VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos subjetivos:

Disnea debido a... No aplica	Tos productiva/seca: No se refiere.
Dolor asociado con la respiración: No	
Fumador: Na	
Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional: NA	

Datos objetivos:

Registro de signos vitales y características:	
T/A: 68/41. FC:117 x' FR: 29x' SatO2: 100% T°: 36.5°C	
Tos productiva/seca: No	Estado de conciencia: Alerta.
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:	
Coloración Ictérica, con área peribucal seca y lechos ungueales pálidos.	
Llenado capilar: 3 segundos	
Otros:	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos subjetivos:

Dieta habitual (tipo): Leche materna y formula de inicio de 1 a 2 onzas. Actualmente se encuentra en ayuno por cirugía. (4/5)
Número de comidas diarias: 8 tomas diarias.
Trastornos digestivos: Atresia biliar.
Intolerancia alimentaria/alergias:
Problemas de la masticación y deglución: Sin alteración succión y deglución.
Patrón de ejercicio: Se realizan ejercicio en cuna por mamá.

Datos objetivos:

Turgencia de la piel: Disminuida.
Membranas mucosas hidratadas/secas: Secas.
Características de uñas/cabello: Consistencia uniforme en uñas.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Sin alteración
Aspecto de los dientes y encías: Encías ligeramente pálidas.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Con buena cicatrización en cirugía de abdomen.
Otros:

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos subjetivos:

Hábitos intestinales: Cambio de pañal antes de alimentación, de 5-6 veces por día.	
Características de las heces/orina/menstruación: Evacuación semi líquida amarilla pálida, 1 cambio diario. La orina es clara. De la fecha de cirugía no ha presentado evacuación.	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: No referidas.	
Uso de laxantes: No.	Hemorroides: No
Dolor al defecar/menstruar/orinar: No.	
Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No se refiere alteración.	

Datos objetivos:

Abdomen, características: abdomen blando, globoso, con buena cicatrización en heridas, con facies de dolor a la palpación.
Ruidos intestinales: Presentes.
Palpación de la vejiga urinaria: Presente.
Otros: Con Penrose con gasto de 20 a 30 mililitros por turno.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si.
Ejercicio, tipo y frecuencia: La madre le realiza ejercicios en cuna, una o dos veces a la semana. Por el momento no se realizan al referir molestia al movilizarlo.
Temperatura ambiental que le es agradable: Se observa con confort a la temperatura de la habitación.

Datos objetivos:

Características de la piel: Piel cálida.
Transpiración: Presente. (Normal)
Condiciones del entorno físico: Al estar hospitalizado depende del aire acondicionado de la institución (24°C).
Otros:

2. Necesidades básicas de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos subjetivos:

Capacidad física cotidiana: en la actualidad nula por la cirugía.
Actividades en el tiempo libre: NA
Hábitos de descanso: Siestas.
Hábitos de trabajo: NA

Datos objetivos:

Estado del sistema músculo-esquelético, fuerza: Presente	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Presente.	
Posturas:	
Necesidad de ayuda para la deambulación: No aplica por edad.	
Dolor con el movimiento: Presente por cirugía.	Presencia de temblores: No
Estado de conciencia: Alerta.	Estado emocional: Irritable al manejo de personal de salud, con sonrisa social al contacto con mamá.
Otros:	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos:

Horario de descanso: de 4 a 5 horas continuas.	Horario de sueño: 24-5
Horas de descanso: de 2 a 3 horas por toma.	Horas de sueño: 2 a 3 horas.

Siesta: si	Ayudas:
Insomnio: si	Debido a... administración de medicamentos.
Descansado al levantarse: si.	

Datos objetivos:

Estado mental/ansiedad/estrés/lenguaje:	
Ojeras: no	Atención: si
Bostezos: si	Concentración: si
Apatía: no	Cefaleas: no
Respuesta a estímulos: si	
Otros:	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: NA
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: NA
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: NA
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: si

Datos objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: SI	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: NA	
Vestido incompleto: NA	Sucio: No
Inadecuado: No	
Otros: Por edad el patrón no es valorable.	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos subjetivos:

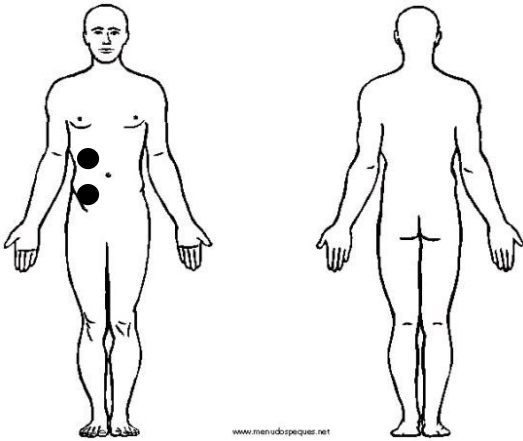
Frecuencia del baño: 1 vez al día.
Momento preferido para el baño: Mañana, por hospitalización. En casa es por las noches.
Cuántas veces se lava los dientes al día: 1-2 veces limpian encías.
Aseo de manos antes y después de comer: No
Después de eliminar: No
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: NA

Datos objetivos:

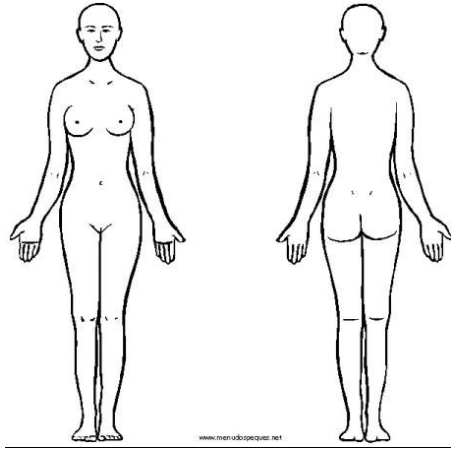
Aspecto general: se observa en cuna con vestimenta y sábanas limpia, con adecuada higiene corporal, con piel limpias y herida y pen rose cubiertas con gasas limpias.	
Olor corporal: agradable.	

Halitosis: No
Estado del cuero cabelludo: Limpio
Lesiones dérmicas tipo (anote la ubicación en el diagrama):
Heridas quirúrgicas en abdomen y Penrose.
Otros:

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos subjetivos:

Qué miembros componen la familia de pertenencia: Mamá, Padre y 2 hermanos.	
Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Depende de reacción de padres.	
Conoce las medidas de prevención de accidentes:	
Hogar: NA, depende de madre.	Trabajo: NA
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:	
Familiares: Si	
Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: NA.	

Datos objetivos:

Deformidades congénitas: No
Condiciones del ambiente en su hogar: Sin peligro de contaminantes.
Trabajo:
Otros:

3. Necesidades básicas de comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos subjetivos:

Estado civil: Soltero.	Años de relación:
Vive con... Padres y hermanos	Preocupaciones/estrés: NA
Familiar:	
Otras personas que pueden ayudar: Padres y abuelos	
Rol en estructura familiar: Hijo.	
Comunica problemas debidos a la enfermedad/estado: NA	
Cuánto tiempo pasa solo(a): Por edad siempre esta acompañado.	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:	

Datos objetivos:

Habla claro: NA	Confuso:
Dificultad/visión: No	Audición: No
Comunicación verbal/no verbal/con la familia/con otras personas significativas:	
Sonrisa social, llanto y balbuceo.	
Otros:	

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos subjetivos:

Creencia religiosa: Catolico.
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: NA
Principales valores en la familia: Na
Principales valores personales: NA
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: NA

Datos objetivos:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): NA
Permite el contacto físico: si
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: NA
Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos subjetivos:

Trabaja actualmente: NA	Tipo de trabajo:
Riesgos:	Cuánto tiempo le dedica al trabajo:
Está satisfecho con su trabajo: NA	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:	
Está satisfecho(a) con el rol familiar que juega:	

Datos objetivos:

Estado emocional.
Calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:
Otros:
Por edad no es valorable.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: NA
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: NA
Recursos en su comunidad para la recreación:
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:

Datos objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: sin alteraciones, por edad corregida por prematuridad se desarrolla en 2 meses en la cual gira y trata de tener sostén
--

cefálico, refiriere mamá que ya lo trata de girarse boca abajo, busca tomar objetos en mano.
--

Rechazo a las actividades recreativas:
--

Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo:
--

Otros: Ejercicios de estimulación temprana.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos subjetivos:

Nivel de educación: No aplica

Problemas de aprendizaje:

Limitaciones cognitivas:	Tipo:
--------------------------	-------

Preferencias. Leer/escribir:

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad:
--

Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo:
--

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud:

Otros: Por edad no aplica, sin embargo se brinda educación a su cuidadora.
--

Datos objetivos:

Estado del sistema nervioso: cierra y abre las manos al presionar, fija la mirada a los objetos, reconoce voces de cuidadores.
--

Órganos de los sentidos:

Estado emocional. Ansiedad/dolor:

Memoria reciente:

Memoria remota:

Otras manifestaciones:

La mamá comenta que le brinda estimulación temprana con canciones y juguetes.
