



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UN PACIENTE CON MENINGITIS BACTERIANA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:**

**ENF. MA<sup>RIA</sup> CONCEPCIÓN HERNÁNDEZ ROMERO  
No. DE CUENTA 400107644**

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**DIRECTORA DEL TRABAJO:  
LEO. CAROLINA SOLÍS GUZMÁN**

SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

MÉXICO D.F. FEBRERO DE 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

| Contenido  | Pág. |
|--|------|
| I. Introducción .....  | 1    |
| II. Objetivos .....  | 3    |
| III. Justificación .....   | 4    |
| IV. Metodología .....  | 5    |
| <br>   |      |
| 1. Marco Teórico   |      |
| <br>   |      |
| 1.1 El Cuidado Enfermero .....   | 6    |
| 1.2 El Proceso Atención Enfermero .....                                      | 11   |
| 1.3 El Modelo de Virginia Henderson.....                                     | 21   |
| 1.4 Meningitis Bacteriana .....  | 27   |
| <br>   |      |
| 2. Aplicación del proceso Atención de Enfermería                             |      |
| <br>   |      |
| 2.1 Presentación del Caso Clínico .....                                      | 38   |
| 2.2 Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson .....             | 39   |
| 2.3 Diagnósticos de Enfermería en las 14 necesidades de Virginia Henderson   | 43   |
| 2.4 Planeación, Ejecución y Evaluación de los Cuidados en las 14 necesidades | 46   |
| 2.5 Recomendaciones para su Cuidado .....                                    | 64   |
| <br>   |      |
| Conclusiones .....   | 66   |
| Bibliografía .....   | 68   |
| Anexos .....   | 72   |

---

## *I. INTRODUCCION*

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería las enfermeras tenían la tendencia a proporcionar sus atenciones con base en las órdenes médicas escritas y enfocadas hacia las condiciones de una enfermedad específica en lugar de al cuidado de la persona; la práctica de la enfermería que se proporcionaba independiente de la del médico, a menudo era guiada por la intuición en lugar de por el método científico.

En la actualidad el proceso de enfermería es un método racional y sistemático mediante el cual se planean y proporcionan cuidados de enfermería, su objetivo es identificar las necesidades de los cuidados actuales o potenciales para la salud del individuo y elaborar planes de acción e intervenir en forma holística, específica y oportuna para la satisfacción de las necesidades; un proceso es una serie de acciones u operaciones planeadas que se dirigen hacia un resultado en particular.

Las enfermeras deben estar relacionadas con el individuo viéndolo como una persona total, completa e íntegra y no como un grupo de partes y procesos es decir aplicar los conocimientos en un contexto holístico.

El presente proceso atención de enfermería se considera interesante ya que con su aplicación permite identificar a la enfermera como un potencial humano que coadyuva a la mejoría del desarrollo de la práctica profesional y valora el conocimiento de las acciones exitosas de la misma, que permitan el mejoramiento en la salud del individuo.

La aplicación del proceso de atención de enfermería en un paciente con meningitis se describe en el presente trabajo considerando desde los Objetivos que nos enmarcan la finalidad fundamental de la elaboración del presente proceso que se basa en una aplicación exitosa, realizando acciones en forma holística, procurando mantener la homeostasis del paciente y permitiendo el desarrollo de la enfermería como potencial

---

humano que contribuya a la independencia del individuo. La Justificación expresa la necesidad de la aplicación de dicho proceso en el que participa activamente el paciente y su familia. La Metodología indica los pasos que se siguieron para la elaboración, desarrollo y aplicación del proceso de atención de enfermería seleccionado. En el Marco Teórico se refiere a lo concerniente al a) Cuidado Enfermero, desde donde nacen los cuidados, que es cuidar, como se clasifican, antecedentes del cuidado enfermero así como el objetivo de los mismos b) El Proceso de Atención de Enfermería abarcando su definición, objetivo, ventajas de la aplicación, así como las cinco etapas del proceso: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, C) El Modelo de Virginia Henderson incluye semblanza de la autora, objetivo del modelo, principales conceptos y definiciones y las catorce necesidades d) La patología de Meningitis Bacteriana que incluye anatomía y fisiología del SNC, etiología, patología, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento, acciones de enfermería y medidas preventivas.

El presente trabajo contiene también la Aplicación del Proceso Atención de Enfermería en sí que incluye la presentación del caso clínico, la valoración de las catorce necesidades con el modelo de Virginia Henderson, diagnósticos de enfermería, planeación, ejecución y evaluación de las acciones, recomendaciones para el cuidado del paciente, Conclusiones, Bibliografía y documentos anexos que sirven de apoyo al estudio.

---

## II. OBJETIVOS

### 1. Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería a un paciente de edad escolar con meningitis bacteriana , basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson que conduzca al mejoramiento de la salud del individuo, realizando las acciones de enfermería en forma holística y en coordinación con el resto del equipo multidisciplinario de salud, intentando mantener la homeostasis del paciente y al mismo tiempo permitir el desarrollo de la enfermera como un potencial humano que coadyuve a la independencia del individuo.

### 2. Objetivos Específicos.

- Limitar complicaciones, mediante la elaboración y aplicación del proceso atención de enfermería.
- Concientizar al paciente sobre los beneficios de una alimentación sana así como la evaluación constante del estado nutricional.

---

### *III. JUSTIFICACIÓN*

El trabajo de la enfermera, como parte del equipo multidisciplinario, implica aun ser más que un integrante del mismo, es la responsable de la elaboración y aplicación del proceso atención de enfermería en sus cinco etapas en forma holística, es ella la enfermera la que tiene mayor contacto con el paciente y la que más lo debe conocer, por lo cual se considera necesario mejorar la calidad de atención que se brinda al individuo sano o enfermo.

El proceso de atención de enfermería aporta un esquema de responsabilidades en todas la áreas en las que se incluyen pacientes con afecciones infectocontagiosas; por lo cual surge la necesidad de elaborar y aplicar un conjunto de acciones planeadas con un orden específico las cuales repercutan favorablemente en el mejoramiento de la salud del paciente permitiendo la participación activa de él, su familia y la enfermera.

---

#### IV. METODOLOGIA

Para poder construir el Proceso de atención enfermería inicialmente se asistió a una serie de sesiones en donde se impartieron los temas teóricos al respecto y se elaboró al mismo tiempo parte del marco teórico del trabajo, posteriormente se eligió el paciente al que se aplicaría el proceso, seleccionando y adaptando el instrumento de valoración de las catorce necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson que se utilizaría.

La aplicación del presente proceso atención de enfermería inicia el día 20 de febrero de 2004 al ingreso del paciente procedente de una unidad de primer nivel de atención, se realizó la valoración a través de la recolección por medio de entrevista y organización de datos efectuándose inicialmente con su familiar directo (su madre) posteriormente se dialogó con el paciente obteniendo cooperación de ambos.

Con base al resultado obtenido de la documentación y registro de valoración, se procedió a elaborar los diagnósticos de enfermería diseñando el plan de cuidados con los consecuentes objetivos de intervención, acciones de enfermería, fundamentación de las mismas y evaluación de la intervención.

En la aplicación del proceso intervinieron activamente el paciente, familia e integrantes del equipo multidisciplinario, en conjunto con el personal de enfermería.

El paciente fue egresado de la unidad hospitalaria el día 30 de febrero del 2004 notablemente mejorado, recobro su independencia total, mostró una actitud de confianza y aprecio con el personal de enfermería y se realiza seguimiento del caso en tres citas posteriores de revisión y control; una al servicio de consulta externa, otra al departamento de dietología y otra al departamento de psicología. Actualmente se encuentra participativo en sus citas de control y dedicado al estudio.

---

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1. EL CUIDADO ENFERMERO

De donde nacen los cuidados?

El origen de los cuidados, comienza con la historia de las especies vivas, con "el contexto del proceso de vida y muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia" <sup>1</sup>

Durante épocas pasadas los cuidados, no eran propios de un oficio o de una profesión sino actos de una persona para ayudar a otra.

Que es cuidar?

"Mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida pero que son diversas en sus manifestación" <sup>2</sup>

Esta considerado como un acto de vida que incluye una diversidad de acciones encaminadas a mantener y preservar la vida permitiendo que se continúe desarrollando, reproduzca o evolucione; se considera acto individual cuando uno mismo adquiere autonomía para satisfacer sus propias necesidades; así mismo acto de reciprocidad aquel que se proporciona a toda persona que en forma temporal o permanente requieran ayuda para cubrir sus necesidades vitales.

En la diferenciación de los cuidados relacionados con las funciones de la vida existen dos tipos que por su naturaleza son diferentes, los cuales son los siguientes:

1. Mary Collier "Promover la vida" Cap. 12 Pág. 233

2. Idem Cap. 1 Pág. 234

- 
- Los Cuidados de Costumbre y Habituales o Cuidados de Conservación y Mantenimiento de la Vida: se refiere aquellos cuidados permanentes y cotidianos que tienen como función mantener la vida respetando el conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la misma como por ejemplo dormir, comer, beber, levantarse, moverse, entre otros. <sup>3</sup>
  - Los Cuidados de Curación o Tratamiento de la Enfermedad: tienen como objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y detectar combatir sus causas, a los cuales se les presentan obstáculos importantes para su aplicación como el hambre, la enfermedad, los accidentes y la guerra. <sup>4</sup>

Al referirse a la continuidad de la vida, su cuidado y vigilia se piensa en la vida como grupo, como especie, asegurar esta continuidad es, ha y seguirá siendo una labor primordial dentro de los seres vivos para garantizar la preservación de la especie. Por lo tanto *cuidar* es primordial para la humanidad esto incluye una lucha continua contra la muerte de los individuos, del grupo, y de la especie, el *cuidado* es vital.

### *Cuidado Enfermero*

A finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, el término enfermera relegó el de "guarda enfermos o cuidadores" con el propósito de comprender el de la enfermera y delimitar el verdadero concepto de cuidados de enfermería, analizando la evolución de la práctica, se observa que existieron obstáculos para su evolución su desarrollo y su valoración.

3. Mary Collier "Promover la vida" Cap. 12 Pág. 233

4. *Idem*

---

Con la llegada de la tecnología, los cuidados médicos se orientan hacia un restablecimiento complejo de la salud, convirtiéndolo en campo de especialistas, dejando un vacío entre los lazos que unen al hombre, al universo, al entorno y al grupo social.

La enfermería aparece incrementándose con los vocablos de cuidado, profesión y enfermería teniendo como objetivo los cuidados, los que a su vez son calificados como la prestación que ofrece, llamándolos cuidados de enfermería, conocidos previamente como cuidados a los enfermos, luego cuidados técnicos y en la actualidad como técnicas de enfermería.

La historia de los cuidados vividos y transmitidos por las mujeres hace que se identifiquen como cuidados de enfermería. <sup>5</sup>

No se trata de preguntarse que es ser un enfermero sino de sobrepasar el concepto que encierra la definición de los cuidados de enfermería para identificar las características de los cuidados y del servicio que se presta.

Con la revolución industrial y el movimiento demográfico, algunos grupos iniciaron su profesionalización sin lograrlo totalmente, llamándolos solo semi-profesión, este fue el caso de enfermería, sin embargo una profesión se construye a partir de una actividad necesaria para la vida del grupo social, oficio que garantiza, ante todo un servicio a la comunidad.

Desde el año 1968 la práctica de enfermería debido a la revalorización de la relación cuidador-persona-cuidado y el desarrollo de métodos e instrumentos de planificación y organización de los cuidados, sin saber alrededor de que reorganizar este proceso de cuidados los ensayos realizados entorno a la investigación sirven como instrumentos pedagógicos para la elaboración de los planes de cuidados, hacerlos mas comprensibles y darles una base teórica. <sup>6</sup>

5. Mary Collier "Promover la vida", Pág. XV

6. Ídem Cáp.10 Pág.208, 209.

---

El objetivo de los cuidados de enfermería debe llevar implícito, el ser portadores de vida y de crear y construir su función curativa. Diferenciar entre “tratar y cuidar” es competencia de enfermera, dándose cuenta de que tratar la enfermedad no podrá jamás suplir las capacidades de vida que representa cuidar, el cuidado es continuo y permanente, el tratar es solo aplicado al momento requerido.

El campo de la enfermería necesita ser reconocido, justificado para convertirse en la expresión de grupos profesionales y progresivamente en profesión, delimitado su propio campo tomando en cuenta que los cuidados no se transmiten por herencia cultural, que es necesario aprenderlos, centrando su acción en todo aquello que mejore las condiciones que favorecen el desarrollo de salud, previniendo y limitando la enfermedad y por otro, aquello que revitaliza al ser humano cuando este enfermo.

A partir de los años 60 se empieza a precisar el concepto de “bases científicas” para los cuidados de enfermería. Dando comienzo abiertamente, desde 1968 en Estados Unidos y en Canadá, a finales de 1987, el malestar se hizo patente en Inglaterra y en 1988 se extiende por todo el país del Reino Unido: Cuna de la Enfermería Profesional. 7

De 1988 a 1990-91, se establecieron movimientos de coordinación con el propósito de lograr la reivindicación contra los bajos salarios, las condiciones de trabajo, la falta de reconocimiento y la responsabilidad ejercida por la profesión.

La enfermera se convierte en el eje del movimiento de profesionalización de la Enfermería, consciente de que no son los cuidados y el servicio ofrecido lo que la identifica, sino su identidad como persona, actualmente los cuidados asistenciales proporcionados en hospitales y extrahospitalarios, no son las únicas actividades realizadas por las enfermeras, cada vez emprenden estudios superiores, y tienen

7. Mary Collier “Promover la vida”, Cáp.10 Pág. 211, 212

---

necesidad de una formación científica, utilizando sus conocimientos en beneficio del ser humano.

El campo de los cuidados se sitúa en todo aquello que concierne a la persona, a su entorno y a su medio ambiente, el campo de competencia de la enfermería se basa en los cuidados para el mantenimiento de la vida, y en todo aquello que le permita a la persona seguir viendo, mientras hay vida hay salud, tiene como finalidad movilizar las capacidades de las personas y de su entorno para compensar los daños ocasionados por la enfermedad y suplirlos si estas capacidades son insuficientes.

Actualmente profesión se le considera a un grupo de personas que han conseguido un título, un estatus, mediante una formación basada en una ideología como objeto de ejercer una actividad. La enfermería parece situarse, mas por la formación, que por la naturaleza de su actividad, negando siempre ser un oficio (profesor significa crear y a partir de ahí, hay que enseñarse lo que se cree). Así mismo la investigación forma parte fundamental de esta disciplina, concebida como la ciencia del comportamiento y de la salud, desarrollando funciones y actividades propias, exclusivas y específicas integradas a otras disciplinas. La enfermería como profesión, esta considerada como la proporción de cuidados de Enfermería, a través de una practica profesional, basada en conocimientos científicos, condicionada a demostrar su actividad y el servicio prestado a la sociedad, impregnada de la ideología del saber.

La clave de la evolución que ha tenido esta profesión esta en aclarar la identidad de los cuidados de Enfermería, su significado, su valoración social y económica de la prestación social de este servicio. La disciplina de enfermería ha evolucionado en el contexto de acontecimientos históricos y movimientos sociales, apoyado en el avance continuo y crecimiento de la misma, requiriendo del avance científico,

---

tecnológico y de la investigación, creando la necesidad de nuevos grados o niveles de conocimientos que permitan proporcionar atención de calidad a la persona que lo requiera, dando como resultado la Licenciatura en Enfermería , seguida de la Maestría y del Doctorado en Enfermería, actualmente impartidos en nuestro país.

---

## 1.2 EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

El proceso atención de enfermería se le considera como la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, humanista y sistemática; es humanista por que se basa en la idea de planificar y proporcionar los cuidados considerando los intereses e ideales y deseos únicos del consumidor de los cuidados llámese paciente, familia o comunidad. Es sistemático porque consta de cinco etapas durante los cuales se llevan a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y lograr resultados satisfactorios.

El proceso atención de enfermería se define como, el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. 8

El *objetivo principal* del proceso es constituir una estructura que pueda identificar, cubrir, e individualizar, las necesidades o problemas de salud del paciente, la familia y la comunidad.

Las *ventajas* de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería tiene efectos sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la

8 SANGUESA "Tendencias y Modelos más Utilizados en el Cuidado de Enfermería y Proceso Atención de Enfermería" <http://personal.redest.es/a/sanguesa/moelos.html>

---

calidad de los cuidados de enfermería, le permite participar en su propio cuidado garantizando la continuidad en la atención; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción laboral, la convierte en experta del cuidado, favoreciendo un crecimiento profesional. <sup>10</sup>

Dentro de las *características* observables es que tiene una finalidad se dirige a un objetivo, 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, ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

#### *1.2.1. Etapas del proceso de atención de enfermería*

**1. Valoración:** es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno; son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las revistas profesionales, los textos de referencia y los especialistas clínicos, son también fuentes importantes de datos. <sup>11</sup>

10. SANGUESA *Tendencias y Modelos más Utilizados en el Cuidado de Enfermería y Proceso Atención de Enfermería* <http://personal.redest.es/ia-sanguesa/moelos.html>

11 Idem

---

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos *requisitos previos* para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- La actitud profesional: conforman las motivaciones y actuaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad.
- .Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Involucra la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse. <sup>12</sup>
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Para las *formas de valoración* es primordial seguir un orden en la misma para lo cuál se recomienda utilizar los siguientes criterios.

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

12. DUEÑAS Fuentes José R. "Proceso Atención de Enfermería" <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

---

.Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo / familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.<sup>13</sup>

En la *recolección de datos* se requiere contar con conocimientos de anatomía y fisiología, una capacidad creativa, así como capacidad para la toma de decisiones, ser flexible y con sentido común.

Dentro de los *tipos de datos* se encuentran los de tipo subjetivo referente a lo que el paciente o persona dice que siente; los datos objetivos que son aquellos que se pueden medir; los datos históricos que se refieren a los antecedentes o hechos ocurridos con anterioridad a la situación actual de salud; y los datos actuales, que nos indican el problema de salud en el momento actual.

El *método para la recolección de datos o información* puede ser a través de la entrevista que consiste en una comunicación enfermera paciente con el propósito específico de realizar la historia clínica; la observación implica la utilización de los sentidos para obtener la información; y la exploración física que es la obtención de datos específicos a través de la inspección, palpación, percusión, auscultación.

*La documentación y registro de la valoración* es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen: Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad, permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad, permite la investigación en enfermería, es una prueba de carácter legal.

13. SANGUESA "Tendencias y Modelos más Utilizados en el Cuidado de Enfermería y Proceso Atención de Enfermería"  
<http://personal.redest.esla-sanguesa/moelos.html>

---

**2. Diagnóstico de Enfermería** es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

Es importante mencionar algunas definiciones mas reconocidas de Diagnóstico de Enfermería: a) son los problemas de Salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar; b) es una declaración que describe una respuesta humana ,estado de Salud real o potencialmente alterado, de un individuo/grupo a los procesos vitales, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades para mantener el estado de Salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones ; c) es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales/problemas de Salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable . 14

El uso de los diagnósticos de enfermería implica muchas ventajas para los profesionales favoreciendo las tareas de identificación, validación, estandarización y clasificación de los problemas de salud susceptibles de ser tratados por enfermeros, estas ventajas según Baer son: organizar, definir y desarrollar el conocimiento enfermero, identificar y describir el dominio y alcance de la práctica enfermera, establecer las razones específicas para brindar cuidados al enfermo/usuario basados en una valoración enfermera, centrar los cuidados en la respuesta del enfermo/usuario a los problemas de salud, prescribir actividades específicas para cada situación, lo que debería aumentar la eficacia de los cuidados enfermeros, brindar unos cuidados más individualizados e integrados, evaluar los cuidados brindados, utilizar un vocabulario estandarizado para mejorar la comunicación intra e interprofesional. Los beneficios de su uso involucran que: Fundamentación de una base sólida para la conceptualización y puesta en

14. SANGUESA "Tendencias y Modelos más Utilizados en el Cuidado de Enfermería y Proceso Atención de Enfermería"  
<http://personal.redest.esla-sanguesa/moelos.html>

---

práctica el rol independiente de la profesión, fomentan la colaboración entre profesionales lo que repercute en una mejor perspectiva de los problemas de salud y por tanto una mejor calidad de los cuidados y un mayor aprovechamiento de los recursos y permiten establecer el costo de los cuidados enfermeros.

Se han reconocido cuatro *Tipos de Diagnósticos*

“1) *De Real*: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias; tiene cuatro componentes, enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y sus características. El término “real” consta de tres pasos denominado formato PES, esta abreviatura corresponde a la letra (P) como problema, la letra (E) como la etiología, factores causales o contribuyentes y la letra (S) a los signos o síntomas; estos últimos son los que validan el diagnóstico.

2) *De Alto Riesgo o potencial*: es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad que los describe como más vulnerables que otros en situación igual o similar a desarrollar algún problema. Para respaldar un diagnóstico se emplean los factores de riesgo describiendo en forma concisa el estado de salud alterado de la persona precedido por el término “alto riesgo” .emplea dos componentes del formato PES; problema (P) y etiología o factores contribuyentes (E).

3) *Posible*: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes del formato PES; problema (P) y etiología o factores contribuyentes (E).

4) *De Bienestar*: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

---

Deben estar presentes dos hechos, deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaz. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación, no contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo de personas que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.”<sup>15</sup>

**3. Planificación de los cuidados de Enfermería:** Una vez concluida la valoración e identificado las complicaciones potenciales también llamados 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 unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, minimizar, corregir o eliminar los problemas detectados así como para promocionar la Salud. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.<sup>16</sup>

#### *Etapas en el Plan de Cuidados*

•Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por diferentes causas entre las cuales se encuentra la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos, por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

•Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados; esto es, determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

<sup>15</sup> DUEÑAS Fuentes José R. "Proceso Atención de Enfermería" <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

<sup>16</sup> Ídem

---

.Elaboración de las actuaciones de enfermería, es decir, determinar los objetivos de enfermería, así como las acciones específicas en el plan de cuidados que corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos; estas acciones se consideran instrucciones de enfermería que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

.La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación. El plan de cuidados de enfermería, "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

17

La *finalidad* de los planes de cuidados está dirigida a fomentar unos cuidados de calidad, mediante la aplicación de cuidados individualizados, continuidad de los mismos, comunicación, y evaluación.

Las *partes que componen* los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales: a) diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes, b) objetivos del cliente para el alta a largo plazo o criterios de resultado, c) actividades de enfermería, d) evaluación o informe de evolución.

---

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, las actuaciones y resultados esperados, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

**4. Ejecución** es la cuarta fase del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: 1) Continuar con la recolección y valoración de datos, 2) Realizar las actividades de enfermería, 3) Anotar los cuidados de enfermería 4) Dar los informes verbales de enfermería, 5) Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. De las actividades que se llevan a cabo en esta fase es preciso mencionar la continuidad de la recolección y valoración de datos, esto, a que por un lado se debe profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención como fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tomados en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

**5. 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. El proceso de evaluación consta de dos partes a) recolección de datos sobre el estado de salud, problema o diagnóstico que queremos evaluar y b) la comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente. 18

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados; La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así se puede detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

18. SANGUESA *"Tendencias y Modelos más Utilizados en el Cuidado de Enfermería y Proceso Atención de Enfermería"*  
<http://personal.redest.es/a-sanguesa/moelos.html>

---

### 1.3. EL MODELO DE VIRGINIA AVENEL HENDERSON

Virginia A. Henderson nació en Kansas City, Missouri en 1897. La primera guerra mundial despertó su interés por la enfermería. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente, vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora, profesora. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería. Más que un modelo, su obra se considera como una filosofía definitoria de la profesión de enfermería. Algunos trabajos más destacados durante su trayectoria fueron: en 1966 última revisión de la definición de enfermería, en 1991 declaró que la preocupación por los pacientes era el elemento esencial del servicio de enfermería, entre los años 1982,1991 planteó cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería. Repitió también la necesidad de evaluar de forma continua las necesidades del paciente y alentó a las enfermeras a identificar otras necesidades distintas de las 14 que ella refirió.

Falleció a la edad de 98 años en 1996, de muerte natural. Henderson fue una de las más grandes teóricas de enfermería, representó en el siglo XX lo que Florence Nightingale para el siglo XIX.<sup>19</sup>

*El modelo de cuidados de enfermería de Virginia A. Henderson se sustenta en bases teóricas, necesidades básicas humanas opiniones y valores, así como el esfuerzo individual para lograr independencia, el individuo que es considerado como un todo con necesidades básicas en ocasiones no satisfechas lo que lo hace ser dependiente.*

19. Marrier Tormey Ann.et.al. Modelos y Teorías de Enfermería, 4 edición España 1998, Pág. 100.

---

El objetivo de este modelo es lograr que el hombre sea independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas. 19

La función de la enfermera es atender al individuo sano o enfermo en todo tipo de actividades que contribuyan a mantener la salud o a recuperarla.

Para la autora, la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su más pronta independencia es el aspecto del trabajo que la enfermera inicia y controla, y en el que es dueña de la situación. V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer. Dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de la edad, el nivel de inteligencia, el medio social o cultural, la capacidad física y los estados patológicos. 20

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades lo denominan cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas.

#### *Principales conceptos y definiciones de Virginia A. Henderson*

Dentro de los principales conceptos y definiciones precisó para **enfermería** en términos funcionales: "la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo,

19. SANGUESA "Tendencias y Modelos más Utilizados en el Cuidado de Enfermería y Proceso Atención de Enfermería"  
<http://personal.redest.es/a-sanguesa/moelos.html>

20 Idem

---

enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible” (21), la enfermera deberá actuar como miembro de un equipo médico y que al margen del médico apoyara su plan de tratamiento; la enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera, debe tener nociones de biología así como de sociología y aplicar los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcando todas las funciones posibles.

Interpretaba la **salud** como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como lo declaró se trata más bien de la calidad de la salud que da la propia vida, ese margen de vigor mental-físico, lo que permite a una persona trabajar con mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas. (22) Considera que la salud es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia en donde favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo por lo que toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario para lograrlo.

En relación con el **entorno** no dio una definición propia, adopto la definición que lo define como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”(23), afirma que las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad, por lo tanto las enfermeras deben formarse en cuestiones de

21. Marriener Tomey Ann.et.al. "Modelos y Teorías de Enfermería", Pág. 9, Pág. ,10

22. Ídem", Pág. 9, Pág. 99.

23 Íbidem Pág.99

---

seguridad, proteger a los pacientes de lesiones mecánicas, reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento, sin omitir conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Pensaba en el ***paciente o persona*** como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables debe existir un equilibrio fisiológico y emocional. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad.

No cuenta con una definición concreta de ***necesidad***, sin embargo señala 14 necesidades básicas para la asistencia del paciente, y son las siguientes:

- 1- Respirar normalmente
- 2- Comer y beber de forma adecuada
- 3- Evacuar los desechos corporales
- 4- Moverse y mantener una postura adecuada
- 5- Dormir y descansar
- 6- Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse)
- 7-Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales
- 8- Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
- 9- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás
- 10-Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11- Actuar con arreglo de la propia fe
- 12- Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
- 13- Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento
- 14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles. 24

24. SANGUESA "Tendencias y Modelos más Utilizados en el Cuidado de Enfermería y Proceso Atención de Enfermería"  
<http://personal.redest.es/a-sanguesa/moelos.html>

---

Henderson defiende la independencia funcional de la enfermería respecto a la del médico, pero reconoce la gran relación que existe entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto que algunas funciones se superponen.

Utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría y definición de enfermería, dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo, de los principios psicológicos y fisiológicos.

Señala que las intervenciones deben ser personalizadas dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural y la capacidad física y mental del paciente por lo que la enfermera debe ejercer su profesión en una forma experta.

El método de Henderson para cuidar al paciente era deliberado y obligaba a tomar decisiones, aunque no mencionó específicamente las etapas del proceso de enfermería cabe observar que los conceptos están interrelacionados; en la fase de Valoración menciona que la enfermera deberá repasar en el paciente los 14 componentes de la atención básica de enfermería, para recoger los datos; las enfermeras observan, huelen, sienten, y escuchan.

El modelo se complementa mediante el análisis de los datos compilados, supone *trazar un plan que se ajuste a las necesidades del paciente*; al aplicar el plan la enfermera ayuda al paciente a realizar su actividad para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila.

---

Actualmente las necesidades básicas son conocidas de la siguiente forma:

- 1.- Necesidad de Oxigenación
- 2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación
- 3.- Necesidad de Eliminación
- 4.- Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura
- 5.- Necesidad de Descanso y Sueño
- 6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuada
- 7.- Necesidad de Termorregulación
- 8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel
- 9.- Necesidad de Evitar Peligro
- 10.- Necesidad de Comunicarse
- 11.- Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores
- 12.- Necesidad de Trabajar y realizarse
- 13.- Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas
- 14.- Necesidad de Aprendizaje. 25

---

#### 1.4 MENINGITIS BACTERIANA

##### Anatomía

El eje cerebro espinal no está directamente en relación con el esqueleto en el canal cráneo raquídeo, sino que se haya separado de él por tres membranas superpuestas que lo envuelven llamadas meninges. La más externa de estas membranas es la duramadre; la media se denomina aracnoides y la interna piamadre.

*La duramadre*-esta porción de la membrana es una especie de globo o esfera hueca que envuelve a la masa encefálica y cuya cara externa cubre la bóveda craneana, adhiriéndose a la pared interna del cráneo mediante prolongaciones fibrilares, la adherencia es mas débil en la región temporo parietal y occipital. La duramadre forma una vaina a los nervios y a los vasos que salen del cráneo que se extiende hasta sus agujeros de salida en donde se confunde con el periostio; la cara interna de esta membrana se haya cubierta por la hoja parietal de la aracnoides la que se adhiere íntimamente, de ella se desprenden prolongaciones que se interponen entre los segmentos de la masa encefálica, manteniéndose en su sitio respectivo, cualquiera que sea la porción de la cabeza.

La medula espinal está separada por la duramadre por un espacio ocupado por el líquido cefalorraquídeo y las otras meninges, existe otro espacio denominado espacio epidural en el se encuentra el plexo venoso del raquis y tejido adiposo.

*Aracnoides*- es una membrana serosa que se encuentra entre las otras dos meninges; esta formada por dos capas una parietal y otra visceral, entre las cuales existe una cavidad estrecha llamada cavidad aracnoidea, que se distingue por líquido en casos de derrame. La capa parietal cubre la duramadre y se adhiere a ella, al capa visceral es delgada, transparente y rodea a la médula, llegando hasta

---

la llamada cola de caballo, se haya separada de la piamadre por el espacio subaracnoideo de la médula.

En la aracnoides del cerebelo se observa en la parte posterior del encéfalo la hoja visceral del aracnoides, en la línea media pasa directamente del cuerpo caloso a la cara superior del cerebelo, formando el lago cerebeloso superior, en la línea media pasa de un hemisferio a otro y desciende directamente sobre la cara posterior del bulbo y la médula, por debajo de esta porción existe el espacio cerebeloso inferior conocido también como cisterna magna y es en él donde se hace la comunicación del líquido cefalorraquídeo intravascular con el de los espacios subaracnoideos por medio de los agujeros de Magendie y de Luschka.

*Piamadre\_* es la más interna de las meninges, cubre todos los diversos segmentos del encéfalo es más delgada y vascularizada en el área cráneana que en la raquídea; cubre las circunvoluciones y penetra en los surcos. La cara interna se une al neuroeje por filamentos conjuntivos y vasos. Su cara externa se relaciona la hoja de visceral de la aracnoides y con el líquido cefalorraquídeo de los espacios subaracnoideos. Su cara anterior se relaciona con las raíces anteriores de los nervios raquídeos y con sus vasos; la cara posterior está en relación con las raíces posteriores así como con sus vasos sanguíneos.

*Líquido cefalorraquídeo\_* ocupa las cavidades ventriculares y los espacios subaracnoideos del cráneo y del raquis, estos espacios se hayan divididos por túbulos que atraviesan la misma cavidad aracnoidea. Es el verdadero medio por el cual se nutre el sistema nervioso, posee también una acción mecánica que sirve para proteger al sistema nervioso contra golpes de las ondas sanguíneas y contra la presión vascular. Sobretudo si ésta llega a ser superior a la normal.

---

El líquido cefalorraquídeo es claro, transparente y ligeramente amarillo, en cantidad de 140 ml. en el adulto, variando en cada individuo así como con la edad y estados patológicos, es alcalino y está compuesto por agua, cloruro de sodio, albúmina, fosfato de calcio, carbonato de sodio entre otras, se produce en los plexos coroides de los ventrículos y se reintegra a la circulación venosa en las granulaciones de Pachioni y en las vainas perineurales. Las granulaciones de Pachioni son corpúsculos de color grisáceo que se encuentran en los espacios abiertos de las meninges.

#### Patología

Es una enfermedad del sistema nervioso central que puede ser causada por múltiples bacterias; se caracteriza por la presencia de signos y síntomas meníngeos y encefálicos, con grado variable de afección sistémica, cuyo tratamiento y diagnóstico oportuno y adecuado disminuye considerablemente la mortalidad y la severidad de las secuelas neurológicas.

La meningitis es, la inflamación de las meninges o membranas que envuelven el encéfalo y la médula espinal. La meningitis se clasifica como paquimeningitis cuando afecta a la duramadre (la membrana más externa), y como leptomeningitis cuando las membranas implicadas son la piamadre y la aracnoides (las más internas). Por lo general, la paquimeningitis es consecuencia de un traumatismo, como la fractura de los huesos del cráneo, o por la extensión de una infección localizada en el oído medio entre otras causas. La leptomeningitis es mucho más frecuente y se debe a la propagación de una inflamación localizada en la nasofaringe, a la invasión de las meninges por microorganismos bacterianos a través de la circulación, como aquellos que producen la neumonía (neumococos); a un huésped de otros organismos, como el meningococo, estafilococo y haemophilus influenza.

---

La enfermedad tiene una distribución universal; los casos de epidemias en relación con meningitis por meningococo debido a la transmisión a partir de secreciones nasofaríngeas de enfermos o portadores asintomático en un 7 a 10 % de los casos.

La presencia de neuroinfección depende de varios factores entre los que se encuentran los estados inmunológicos que están en relación con el sexo, la inmadurez o el déficit congénito de los mecanismos de defensa tanto humoral como celular, la edad, el estado nutricional, la presencia de enfermedades hematológicas, la terapia inmunosupresora, las malformaciones anatómicas del sistema nervioso central, entre otros.

La meningitis bacteriana debe fundamentalmente a una diseminación hematogena. En niños generalmente se adquiere por bacterias que colonizan la submucosa de la nasofaringe, se adhieren a las células e invaden el epitelio ciliar, produciendo una respuesta inflamatoria local, en algunos casos los gérmenes pueden penetrar al torrente circulatorio y provocar una bacteremia; cuando las bacterias alcanzan se encuentran en cifras de  $10^6$  / ml en sangre, penetran en el SNC a través de los plexos coroides para dirigirse hacia los ventrículos laterales, en donde se depuran, por una parte por la vellosidades subaracnoideas y el drenaje linfático y son fagocitadas por los macrófagos intrínsecos del SNC, estos mecanismos de defensa son insuficientes para controlar la infección en estas etapas, por lo cual la enfermedad avanza hacia la duramadre, las vellosidades aracnoideas, la corteza cerebral y la cisterna basal. Por este hecho existe hipoxia, oxidación de la glucosa, acumulo de ácido láctico y disminución de la glucosa en el líquido cefalorraquídeo, situaciones que contribuyen a algunas de las alteraciones neurológicas.

## Etiología

La presencia de diversos agentes etiológicos en la meningitis bacteriana está en relación con la edad, calidad inmunológica y la integridad anatómica del SNC, en algunas ocasiones se encuentra algún factor predisponente como desnutrición severa, diarrea crónica, internamientos previos, y en otros casos no se logra identificar una causa.

### Agentes Etiológicos más Frecuentes Según la Edad

| <i>0 a 6 meses</i>      | <i>6 meses o más</i>    |
|-------------------------|-------------------------|
| E. Coli                 | H. Influenza            |
| Klebsiella              | Neumococo               |
| Enterobacter            | Estreptococos           |
| Proteus sp.             |                         |
| H. Influenza            |                         |
| <i>Menos frecuentes</i> | <i>Menos frecuentes</i> |
| Neumococo               | Estafilococos           |
| Estreptococos grupo B   | Bacilos gram negativos  |
| Salmonera sp            | Meningococo muy raro    |
| Serratia marcenscens    |                         |
| Listeria monocytogenes  |                         |

---

## Cuadro Clínico

La mayoría de los casos de meningitis, en especial los producidos por bacterias, presentan un inicio brusco, con síntomas que incluyen cefalea, fiebre, náuseas, vómitos, rechazo al alimento, llanto continuo, crisis convulsivas, apatía e irritabilidad, síndrome meníngeo (rigidez de nuca o Kernig, Brudzinski cefálico y contra lateral), puede existir hipertensión, hiperreflexia osteotendinosa, con frecuencia si evoluciona conduce a estupor y coma. Progresa con rapidez y si no se trata en periodos que oscilan entre 24 y 72 horas puede conducir a la muerte; el grado de severidad de las manifestaciones neurológicas se relaciona con el grado de edema cerebral.

A veces, en particular en los niños que no se tratan oportunamente, se pueden producir lesiones cerebrales graves; esto ocurre cuando el drenaje del líquido cefalorraquídeo desde las cavidades hacia el cerebro se bloquea. La administración precoz de antibióticos es primordial.

## Diagnóstico

Debe efectuarse una punción lumbar ya que este estudio es la base del diagnóstico; las alteraciones que se presentan en el líquido cefalorraquídeo es: aumento de la presión, aspecto que puede ser turbio o purulento y aumento de las células que puede ser menor de 500 o incluso incontables, lo que depende de el tiempo de evolución del padecimiento, respuesta inflamatoria a la inflamación y germen causal., las proteínas se encuentran habitualmente elevadas al inicio y disminuyen en las primeras 24 hrs. de inicio del tratamiento. La glucosa aumenta en ese mismo periodo de tiempo.

### Alteraciones del LCR en la Meningitis Bacteriana

| Parámetro                              | Normal                           | Meningitis bacteriana             |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| Presión                                | 70 a 200 cm. de H <sub>2</sub> O | Aumentada                         |
| Aspecto                                | Agua de roca                     | Turbio o purulento                |
| Células                                | 0 a 10                           | Elevadas (+ 500)                  |
| Tipo de células                        | Mononucleares                    | A expensas de polimorfo nucleares |
| Proteínas                              | 15 a 45 MG por 100 ml            | Aumentadas                        |
| Glucosa                                | 50 a 90 MG por 100 ml            | Muy baja o ausente                |
| Lactato                                | .97mg por 100 ml                 | Elevado 104 MG/100ml o más        |
| Ph                                     | 7:34 a 7:40                      | Bajo 7.3 o menos                  |
| Ácido láctico                          | 0 a 4 unidades                   | Elevada                           |
| Actividad de la Transaminasa glutámico | 10.8 unidades                    | Elevada.                          |

La biometría hemática, química sanguínea y determinación de sodio y potasio son otros estudios necesarios para el diagnóstico, en los cuales se observará leucocitosis con neutrofilia y bandemia, hiponatremia.

Es indispensable en todos los casos realizar hemocultivo así como electrocardiograma durante la evolución del padecimiento y con base en la presencia o no de crisis convulsivas u otras alteraciones se evaluarán la periodicidad de los estudios de control. Una toma de Rx. de cráneo puede mostrar datos de hipertensión intracraneana.

## Complicaciones

Estas se encuentran en relación directa con el tiempo de evolución del padecimiento previo al diagnóstico e inicio del tratamiento específico, microorganismo causal y factores predisponentes del huésped; las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia son: edema cerebral, hipertensión intracraneana, secreción inadecuada de la hormona antidiurética, ventriculitis, higroma subdural, empiema subdural; infarto cerebral, hidrocefalia, desequilibrio ácido base e hidroelectrolítico, septicemia entre otras.

## Tratamiento

### Antibióticos:

#### **En Niños Menores de un Mes**

| <i>Antibiótico<br/>Admón...</i> | <i>Edad y Dosis</i>                       | <i>Vía de</i> |
|---------------------------------|---|---------------|
| Ampicilina                      | RN= 8 días 100 a 200 mg/kg/día C/12hrs.   | IV o IM       |
|                                 | 8 a 30 días 200 a 300 mg/kg/día C/6-8hrs. | IV o IM       |
| Amikacina                       | RN < 8 días 7.5mg/kg/día C/12hrs          | IV o IM       |
|                                 | > 8 días 7.5mg/kg/día C/8hrs              | IV o IM       |
| Cefotaxima                      | RN < 8 días 100mg/kg/día C/12 hrs         | IV o IM       |
|                                 | > 8 días 100mg/kg/día C/8 hrs             | IV o IM       |
| Ceftriaxona                     | RN < 30 días 75 a 100mg/kg/día C/24hrs    | IV o IM       |
| Ceftazidima                     | RN < 8 días 75 a 100mg/kg/día C/12hrs     | IV o IM       |
|                                 | > 8 días 100mg/kg/día C/8 hrs             | IV o IM       |

**En Niños de 3 Meses a 5 Años**

|                 |                                  |         |
|-----------------|----------------------------------|---------|
| Ampicilina      | 200 a 400 mg/kg/día C/4 a 6 hrs. | IV o IM |
| Y Cloranfenicol | 100mg/kg/día C/6 hrs             | IV u O  |
| Ceftriaxona     | 100mg/kg/día C/24hrs             | IV o IM |
| Cefotaxima      | 150mg/kg/día C/6 hrs             | IV o IM |
| Ceftazidima     | 100mg/kg/día C/8hrs              | IV o IM |

**En Niños Mayores de 5 Años**

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| Penicilina Sódica | 300 000 a 500 000 unidades/<br>Cristalina | IV |
|-------------------|---|----|

La duración del tratamiento antimicrobiano en niños mayores de un mes sin complicaciones es de 10 a 14 días

**Esteroides**

Entre los probables efectos benéficos de estos medicamentos, se menciona el edema cerebral y su acción de inhibir el proceso inflamatorio así como la consecuente disminución de la hipertensión intracraneana y del edema cerebral.

**Anticonvulsivantes**

Este tipo de medicamentos deberá administrarse durante el episodio agudo de una crisis y hasta lograr controlar la actividad convulsiva; su empleo debe ser inmediato y con base en la respuesta clínica del paciente, ya que la persistencia de las crisis convulsivas aumenta el edema cerebral y probablemente contribuye al daño neurológico. Los anticonvulsivantes que deberán administrarse son:

| <i>Anticonvulsivante</i>     | <i>Dosis</i>                          | <i>Vía de Admón.</i> |
|------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| Diazepam                     | 0.20 a 0.25 mg/kg                     | IV                   |
| Fenobarbital                 | 10 mg/ kg                             | IV o IM              |
|                              | 3 mg/kg/día con crisis ya controladas | IV u VO              |
| Difenilhidantoína            | 10 mg/ kg                             | IV o IM              |
| Coma barbitúrico (Tiopental) | 1 a 5 mg/kg, Hora                     | IV                   |

#### Tratamiento de sostén

- Signos vitales y estado de conciencia
- Restricción de líquidos (AHNO) con colocación de catéter periférico o central
- Tratamiento de las alteraciones hidroelectrolíticas
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea
- Ministración de oxígeno en caso necesario

#### Acciones de Enfermería

La aplicación oportuna de las acciones de enfermería permiten reducir considerablemente la presentación de complicaciones de la enfermedad y al mismo tiempo favorecen el restablecimiento de la independencia del paciente.

- Admisión e Identificación del paciente
- Preparación psicológica al paciente
- Transmitirle apoyo y seguridad

- 
- Valoración de necesidades.
  - Registro de signos vitales
  - Colocación de catéter periférico o central
  - Valorar estado de conciencia
  - Vigilar presencia de alteración de sinología neurológica y posibles complicaciones
  - Asistir al paciente en caso de presentar crisis convulsivas
  - Ministración de Oxígeno en caso necesario
  - Colocar al paciente en posición de semifowler
  - Colaborar en la toma de muestras para estudios de laboratorio y gabinete
  - Ministración de líquidos parenterales y medicamentos específicos y reacciones secundarias
  - Mantener el ayuno hasta que el paciente presente mejoría que le permita la iniciar la Vía Oral.
  - Manejo con técnica de aislamiento respiratorio
  - Vigilar eliminación intestinal
  - Vigilar la aplicación de medidas de higiene personal (baño, lavado de manos, aseo bucal)
  - Proporcionarle un ambiente confortable y calido
  - Establecer coordinación y comunicación permanente con su familiar
  - Realizar los registros de enfermería en los formatos correspondientes

#### Medidas Preventivas

a) Promoción a la salud, que abarcan:

- Educación sanitaria

- 
- Educación higiénica
  - Promoción del mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, de nutrición y de vivienda
  - Acudir a consultas médicas periódicas

**b) Protección Específica**

- Evitar automedicación
- Abatir factores predisponentes
- Evitar contacto con personas que presenten enfermedad respiratoria principalmente
- Evitar acudir a lugares con aglomeraciones
- Evitar cambios bruscos de medio ambiente.

---

## 2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

### 2.1 Presentación del Caso Clínico

Nombre: M A

Ocupación: Estudiante

Edad: 10 años

Sexo: masculino

Fecha y hora de ingreso: 20-01-04 a las 13:30 hrs.

Dx. Médico: Meningitis Bacteriana.

El menor es referido por la unidad de primer nivel de atención el 20 de enero del 2004. La Mamá de M refiere que inicia su padecimiento el 18 de enero del 2004 con fiebre no cuantificada, dolor óseo y articular así como vomito en tres ocasiones, el día 19 persisten los síntomas pero ahora presenta vomito en proyectil por 6 ocasiones de contenido gástrico, irritabilidad, incoordinación en movimientos, cefalea y dificultad para la marcha así como pérdida del estado de alerta, refiere unidad de envío movimientos tónico clónicos. Durante su estancia en este hospital presenta signos meníngeos, periodos de irritabilidad y tristeza; se realiza estudio de LCR el cual confirma el diagnóstico médico de presunción: Inicia tratamiento con ceftriazona, dexametazona y fenobarbital. Se traslada al servicio de infectología, durante su estancia continúa con lapsos acentuados de tristeza, con la terapéutica medicamentosa el estado neurológico ha mejorado y presenta restablecimiento de sus funciones motoras, se encuentra tranquilo, activo, reactivo con mejora en su estado de animo, siendo su décimo día de hospitalización y debido a su notable mejoría se decide su alta del servicio con cita en la Consulta Externa para su control, así como cita en el servicio de dietología y psicología.

---

## 2.2. VALORACION DE LAS CATORCE NECESIDADES

### 1.- Necesidad de Oxigenación

*Datos de independencia:* permeabilidad de las vías respiratorias, frecuencia respiratoria de 26x'.

*Datos de dependencia:* no se observan, la ventilación profundidad e intensidad respiratoria adecuada, no manifiesta dificultad respiratoria.

### 2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

*Datos de independencia:* come generalmente en casa y acompañado por sus hermanas, realiza tres comidas al día aparentemente balanceada ingiere aproximadamente 1200 ml de líquido al día.

*Datos de dependencia:* come abundantes golosinas entre comidas, presenta frecuentemente estreñimiento, los horarios con que cuenta para la ingesta de alimentos no siempre son los mismos, los líquidos que ingiere al día son preferentemente refresco poca agua de sabor y leche.; pesa 46.500kg. y mide 1.46 mt. presenta ligera gingivitis con deficiente higiene bucal.

### 3.-Necesidad de Eliminación

*Datos de independencia:* abdomen blando, depresible, sin alteraciones ni cicatrices con ruidos intestinales presentes y normales con adecuada eliminación de vías urinarias en número de 7 a 8 veces al día, no presenta problemas en cuanto a transpiración.

*Datos de dependencia:* en cuanto a sus hábitos intestinales presenta deposición de solo una vez en dos días presentando con frecuencia estreñimiento que le ocasiona sensación de malestar estomacal, lo anterior lo resuelve con líquidos naturales como jugos y frutas.

---

#### 4.-Necesidad de Moverse y Mantener buena Postura

*Datos de independencia:* realiza actividad acorde a su edad y oficio, su hábito de descanso es cuando llega de la escuela se sienta a ver televisión. Presenta postura a libre elección, realiza ejercicio en la escuela.

*Datos de dependencia:* presenta incoordinación de movimientos debido a infección neurológica, la deambulación es asistida

#### 5.-Necesidad de Descanso y Sueño

*Datos de independencia:* duerme aproximadamente 10 horas diarias, actualmente presenta somnolencia debida al barbitúrico que se le ministra.

*Datos de dependencia:* en ocasiones cuando duerme tiene pesadillas lo que le ocasiona malestar, no le agrada estar en el hospital desea dormir en su cama, se encuentra conciente, angustiado, con ojeras visibles e hiperemia conjuntival.

#### 6.-Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas

*Datos de independencia:* viste con pijama del hospital, menciona que actualmente es él quién selecciona la ropa que utilizará durante el día, no requiere de ayuda para esta selección

*Datos de dependencia:* no se observan

#### 7.-Necesidad de Termorregulación

*Datos de independencia:* menciona que prefiere el clima frío ya que el calor lo hace sentirse sofocado, actualmente se encuentra hospitalizado en un cubiculo localizado en el área cercana al jardín del hospital por lo que el clima es fresco. Presenta temperatura corporal 36.7 C aunque ingreso con 38 C

*Datos de dependencia:* no se observan

---

#### 8.-Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

*Datos de independencia:* aspecto limpio y aseado refiere baño diario de preferencia al medio día con cambio de ropa, cuero cabelludo, pelo corto y limpio, uñas limpias y cortas.

*Datos de dependencia:* aseo bucal una vez al día, presenta gingivitis y dientes sucios, piel ligeramente reseca, con palidez de tegumentos.

#### 9.-Necesidad de Evitar Peligros

*Datos de independencia:* El paciente es independiente por que debe de estar en aislamiento durante el tratamiento de la enfermedad.

*Datos de dependencia:* la familia y el paciente desconocen la forma de contagio de la enfermedad así como las medidas preventivas que se deben utilizar. Aislamiento respiratorio por meningitis bacteriana.

#### 10.-Necesidad de Comunicarse

*Datos de independencia:* sus órganos de los sentidos no presentan alteraciones

*Datos de dependencia:* no presenta disposición al dialogo, se observa triste, angustiado, manifiesta que solo quiere ver a su Mamá y a sus hermanas ya que se siente solo.

#### 11.-Necesidad de Vivir Bajo sus Creencias y Valores

*Datos de independencia:* M y su familia son de religión católica aunque no acuden con regularidad a la iglesia; su religión es uno de sus principales valores de la familia

*Datos de dependencia:* no se observan.

---

#### 12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse

*Datos de independencia:* estudia tercer grado de educación primaria y le gusta acudir a la escuela, también trabaja lavando autos en la vía pública así como tirando basura de algunas casas de su colonia, menciona que le gusta trabajar por que aparte de contribuir con el gasto de la casa puede comprar golosinas, su estado de animo en este momento es activo y reactivo con lapsos de tristeza.

*Datos de dependencia:* estudios de valoración neurológica posterior a su recuperación.

#### 13.-Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas

*Datos de independencia:* sus órganos de los sentidos están presentes y funcionando satisfactoriamente. Le agrada ver televisión, jugar foot boll, menciona que al recuperarse le gustaría tomar clases de natación

*Datos de dependencia:* no puede salir ni jugar por el aislamiento a que esta sometido por su enfermedad

#### 14.-Necesidad de Aprendizaje

*Datos de independencia:* sus conocimientos académicos son acordes con el grado escolar que cursa

*Datos de dependencia:* no cuenta con el hábito de lectura, su Mamá menciona que le cuesta trabajo poner atención en las clases, que se distrae con facilidad. Desconoce lo relacionado con su enfermedad.

---

### 2.3 *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON*

#### 1.- Necesidad de oxigenación

Patrón respiratorio sin alteración.

#### 2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

Déficit del estado nutricional relacionado con malos hábitos alimentario y exceso en la ingesta de nutrientes manifestado por sobrepeso de 8 Kg.

#### 3.- Necesidad de Eliminación.

Alteración de la eliminación intestinal relacionado con malos hábitos alimenticios.

#### 4.- Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.

Deterioro de la habilidad para deambular relacionado con infección neurológica manifestada por el requerimiento de otra persona para ayudarlo a deambular.

#### 5.- Necesidad de Descanso y Sueño

Deterioro del patrón de sueño y descanso relacionado con la separación de su entorno familiar, recuerdo frecuente del mismo así como infección neurológica, manifestado por episodios de angustia, temor hiperemia conjuntival y zonas oscuras edematosas en región peri ocular.

---

6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas.

Inexistencia de la incapacidad de usar prendas de vestir adecuadas a la edad del paciente relacionada con la libertad de seleccionar la ropa que utiliza manifestada por la elección del color del pijama que vestirá durante su hospitalización.

7.- Necesidad de Termorregulación.

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, relacionada con infección neurológica manifestada por hipertermia de 38ª C.

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea y mucosa oral relacionada con la deficiencia en la humectación de la piel e inadecuada higiene bucal manifestada por ligera resequedad y presencia de gingivitis.

9.- Necesidad de Evitar Peligros.

Protección inefectiva relacionada con la disminución de la capacidad para autoprotgerse, manifestado por la falta de conocimientos referentes a la enfermedad meningea.

10.-Necesidad de Comunicarse.

Deterioro de la comunicación verbal relacionada con barreras psicológicas manifestada por falta e disposición al dialogo y sentimientos de abandono.

---

11.-Necesidad de Vivir bajo sus Creencias.

Inexistencia de sufrimiento espiritual relacionado con creencias religiosas manifestado por acudir a su iglesia cuando sus padres lo consideran conveniente.

12.-Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Conducta desorganizada del escolar relacionada con la inadecuación del entorno físico manifestado por la necesidad de trabajar en la vía pública.

13.-Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.

Déficit de actividades recreativas relacionadas con el tratamiento de aislamiento hospitalario por enfermedad infecciosa manifestado por desinterés y hostilidad en la conversación e informes de aburrimiento.

14.-Necesidad de Aprendizaje.

Déficit en los procesos de pensamiento relacionado con problemas de memoria manifestado por facilidad para distraerse.

---

## 2.4. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LAS 14 NECESIDADES

### 2.4.1. Necesidad de Oxigenación

#### *Diagnóstico de enfermería*

Patrón respiratorio sin alteraciones.

#### *Objetivo*

Que el paciente mantenga una ventilación y oxigenación adecuadas.

#### *Acciones de enfermería:*

- Vigilar patrón respiratorio, buscando signos y síntomas de problemas respiratorios reales o potenciales.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios respiratorios.
- Orientar a cerca de mantener una adecuada postura.
- Realizar cambios frecuentes de posición.

#### *Fundamentación*

Para mantener niveles adecuados de oxígeno y de bióxido de carbono en los alvéolos y en la sangre debe existir una irrigación adecuada, así como una ventilación suficiente.

Los ejercicios respiratorios permiten una expansión pulmonar óptima.

---

La ventilación requiere movimientos sincronizados en las paredes del tórax y abdomen; con la inspiración el diafragma se mueve hacia abajo, los músculos intercostales se contraen, la pared torácica se eleva hacia arriba y hacia fuera, la presión intratorácica desciende y el aire penetra. La expansión se produce cuando se expulsa el aire fuera de los pulmones, mediante el retroceso elástico de éstos y la relajación del tórax y el diafragma.

Evitar la congestión pulmonar hipostática es la finalidad de los cambios de posición; la oxigenación depende de la capacidad de los pulmones para introducir oxígeno en la sangre y la capacidad del corazón para bombear suficiente sangre e introducir el oxígeno en la microcirculación.

#### *Evaluación*

El objetivo se logra sin presentar ningún problema adicional a su patología, no presenta signos reales o potenciales de dificultad respiratoria y efectúa cambios frecuentes de posición que facilitan la respiración.

### 2.4.2 Necesidad de Nutrición e Hidratación

#### *Diagnóstico de enfermería*

Déficit del estado nutricional relacionado con malos hábitos alimenticios y exceso en la ingesta de nutrientes manifestado por sobre peso de 8 kilos.

#### *Objetivo*

Indicar al paciente y familia la importancia de ingerir una dieta balanceada con horario, así como la disminución de golosinas y refrescos

---

### *Acciones de enfermería*

- Proporcionar dieta líquida para tolerancia gástrica posteriormente dieta normal de 2100 calorías rica en fibras y libre de irritantes.
- Proporcionar dieta con horario regular, alentando al paciente para que ingiera los alimentos que se le proporcionan.
- Medición diaria de peso.
- Evitar tensiones emocionales antes y después de los alimentos
- Referir al paciente y familiar al departamento de dietología y nutrición.
- Efectuar aseo de manos antes y después de los alimentos.
- Fomentar la higiene bucal después de los alimentos.
- Proporcionar aporte de líquidos a través de una vena periférica y medicamentos, vigilando permeabilidad de catéter.

### *Fundamentación*

Para mantener la homeostasis, los seres humanos deben consumir diariamente líquidos y electrolitos, para sustituir lo que se ha perdido.

Una dieta balanceada, nutritiva y variada deberá ser compatible con los gustos del paciente y deberá estar de acuerdo con las órdenes dietéticas.

La evaluación integral es de especial importancia cuando existen factores que producen alteración en el peso corporal; por lo que el peso debe realizarse diariamente con la misma ropa y en el mismo horario; una pérdida de peso del 2 al 4 por 100 indica deshidratación leve y del 5 al 9 por 100 indica una deshidratación moderada.

El aparato gastrointestinal y estructuras accesorias funcionan para mover los alimentos muy lentamente y permitir la digestión y absorción de nutrientes necesarios y suficientes para las células.

Las sensaciones intensas especialmente si éstas son desagradables intervienen de manera negativa en la digestión.

---

### *Evaluación*

Los resultados han sido satisfactorios debido a que durante su estancia hospitalaria de 10 días bajo 4 kgr. de peso esto bajo la elaboración de un régimen alimenticio adecuado a su edad, que fue elaborado por el departamento de dietología.

### 2.4.3. Necesidad de Eliminación

#### *Diagnóstico de enfermería*

Alteración de la eliminación intestinal relacionada con malos hábitos alimenticios por aporte insuficiente de fibras, así como insuficiencia en el aporte de líquidos, manifestado por disminución en la frecuencia de la deposición, presencia de heces duras y dolor al evacuar.

#### *Objetivo*

Mejorar su eliminación intestinal a través de un aporte de dieta rica en fibra y el aumento de líquidos que faciliten al paciente evacuar sin dolor, contribuyendo con esto a mejorar sus hábitos alimenticios.

#### *Acciones de enfermería*

- Proporcionar dieta líquida con jugos naturales, posteriormente dieta normal de 2100 calorías con verduras y vegetales de hojas verdes.
- Proporcionar un mínimo de 2 litros de agua al día.
- Proporcionar orientación en relación a los componentes de una dieta balanceada.
- Proporcionar orientación sobre hábitos higiénico dietéticas.
- Toma de muestras de heces fecales y enviarlas a laboratorio para su examen.

- 
- Buscar posibles causas emocionales.
  - Promover un programa sobre el entrenamiento para la eliminación de los hábitos intestinales.

#### *Fundamentación*

Una dieta equilibrada con alto contenido en fibra estimula el peristaltismo; para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal.

Se necesita una ingesta suficiente de líquidos para mantener los patrones de actividad intestinal y promover una consistencia adecuada de deposiciones.

#### *Evaluación*

Los resultados fueron positivos, a partir del cuarto día de hospitalización y hasta el momento de su alta el paciente evacuó de 2 a 3 veces en 24 hrs.

#### 2.4.4. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura

##### *Diagnóstico de Enfermería*

Deterioro de la habilidad para deambular relacionada con síntomas de la infección neurológica manifestada por el requerimiento de otra persona para ayudarlo a deambular.

##### *Objetivo*

Evitar la limitación del movimiento del paciente a través de acciones que permitan recuperar su total funcionalidad e independencia.

##### *Acciones de Enfermería*

- Realizar movimientos activo pasivo en miembros inferiores.
- Efectuar programa balanceado de ejercicios.

- 
- Orientar a su familiar sobre la técnica para realizar los movimientos activo-pasivos.
  - Vigilar coordinación muscular y pérdida del equilibrio.
  - Vigilar la utilización de calzado adecuado.

#### *Fundamentación*

La postura correcta del cuerpo ocurre cuando las fuerzas musculares que se necesitan para balancear el peso que producen las diferentes partes del cuerpo son mínimas.

Se debe enseñar a los pacientes a que conserven la alineación anatómica en cualquier postura que adopten, todas las partes del cuerpo deben estar bien apoyadas en las posiciones funcionales sin que exista presión, arrastre o se haga a la fuerza.

Se debe proteger a los pacientes contra accidentes del tipo de caídas, tropiezos y golpes contra objetos duros.

#### *Evaluación*

La realización de ejercicios asistidos ha sido aceptada por el paciente pero desea que solo su Mamá lo ayude a efectuarla lo que no representa ningún inconveniente mostrando ambos interés en los ejercicios, obteniendo como resultado su total independencia para deambular al quinto día de hospitalización.

#### 2.4.5. Necesidad de Descanso y Sueño.

##### *Diagnóstico de Enfermería*

Deterioro del patrón de sueño y descanso relacionado con la separación de su entorno familiar así como enfermedad neurológica infecciosa, manifestada por

---

episodios de angustia, temor, recuerdo frecuente de su familia, hiperemia conjuntival y zonas oscuras edematosas en párpados inferiores.

#### *Objetivo*

Propiciar al paciente un ambiente confortable y relajado contribuyendo con el tratamiento médico con el fin de disminuir los sentimientos de temor o angustia y que le permita satisfacer su necesidad de descanso y sueño.

#### *Actividades de Enfermería*

- Eliminar las causas ambientales que interrumpan el sueño como el ruido, iluminación permanente o algún otro distractor.
- Planificar periodos de descanso durante la hora siguiente después de las comidas.
- Usar sonidos suaves como melodías relajantes de olas o lluvia así como aparatos eléctricos silenciosos como los ventiladores.
- Utilizar luz de noche en la habitación.
- Evaluar cambios de comportamiento.
- Evitar actividades estimulantes antes de dormir.
- Procurar una temperatura ambiental adecuada.
- Evitar procedimientos innecesarios durante el periodo de sueño.
- Ministrar medicamentos indicados.

#### *Fundamentación*

El sueño restablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso.

---

Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales pueden restablecerse, proporcionando la reparación energética necesaria al organismo, para evitar la fatiga.

Cuando existen periodos de aumento en la excitabilidad todo el organismo se encuentra afectado.

El sueño consta de cuatro fases conocidas como: a) transición: que se refiere al progreso rápido entre vigilia y sueño que transcurre entre los primeros 5 a 10 minutos; b) sueño real, progresiva relajación y disminución del tono muscular de 10 a 20 minutos, c) sueño profundo conocido como sueño delta, aquí las funciones vitales son mínimas y se produce mayor reparación física ocurre entre los 30 a 40 minutos, d) sueño REM (rapid eyes movement) durante esta fase son características la activación vegetativa como los movimientos oculares rápidos y comienza a los 90 minutos de iniciado el sueño.

La actividad físicas estimulante antes de dormir tiende a interferir con el sueño.

Los individuos que no tienen sueño REM tienden a desarrollar una personalidad sumamente irritable, se fatigan en extremo pueden tener comportamiento neurótico.

#### *Evaluación.*

Se realizaron las actividades de enfermería planeadas logrando que el paciente manifestara sus sentimientos de tranquilidad, comodidad y agrado que le producía la musicoterapia.

---

#### 2.4.6. Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas

##### *Diagnóstico de Enfermería*

Inexistencia de la incapacidad de usar prendas de vestir adecuadas relacionada con la edad del paciente y manifestada por la aceptación de usar las pijamas destinadas a los pacientes hospitalizados.

##### *Objetivo*

Mantener un estado de confort al paciente que permita su total comodidad y bienestar que facilite la cooperación en la implementación proceso de atención de enfermería y tratamiento médico.

##### *Actividades de Enfermería*

- Proporcionar al paciente pijama suelta con mangas y pantalón amplio que se abotone por delante.
- Durante el momento de vestirse mantener su intimidad.
- Asegurar el fácil acceso de la ropa que utilizará.
- Cerciorarse del nivel de ejecución del paciente.
- Facilitar los cambios de ropa que sean necesarios.

##### *Fundamentación*

El autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona a mantener un control individual sobre su propio patrón de vida.

El autocuidado no implica permitir a la persona que haga cosas por si mismo, sino que se le puede proporcionar ayuda.

---

### *Evaluación*

El paciente prefiere vestirse solo sin ayuda de nadie, y no presenta problemas al realizarlo, manifiesta sentirse cómodo con la ropa que viste.

### 2.4.7 Necesidad de Termorregulación

#### *Diagnóstico de Enfermería*

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, relacionada con enfermedad neurológica infecciosa manifestada por hipertermia inicial y posteriormente normotermia.

#### *Objetivo*

Prevenir la temperatura corporal anormal identificando y tratando las causas posibles de alteración al mismo tiempo vigilar y mantener la normotermia del paciente evitando las complicaciones consecuentes.

#### *Actividades de Enfermería*

- Control de temperatura por medios físicos: eliminar exceso de ropa o mantas, realizar baños con agua al medio ambiente, aplicación de compresas frías.
- Vigilar la aparición de síntomas como escalofríos intensos, hipotensión o confusión.
- Realizar registro de signos vitales: Fc. Fr. Tem. TA.
- Proporcionar líquidos orales suficientes
- Vigilar la cantidad de dieta que ingiera durante el día.
- Reportar cualquier tipo de dolor, irritabilidad o malestar.
- Ministración de antibiótico terapia.

---

### *Fundamentación*

La fiebre es un signo importante de inicio de infección, inflamación, que puede provocar irritabilidad, molestias generalizadas como dolor y malestar.

La aparición de escalofríos intensos, signos de hipotensión o confusión indican inicio de un estado de shock séptico

La eliminación del exceso de ropa o mantas aumenta la capacidad natural del organismo para reducir la temperatura corporal.

La pérdida de calor varía según los individuos y ésta influenciada por el área de la superficie corporal, el tono vasomotor periférico y la cantidad de tejido subcutáneo.

La regulación de la temperatura corporal es un proceso dinámico que implica cuatro mecanismos: conducción, convección, radiación y evaporación.

Es necesario un aumento de calorías y líquidos para mantener las funciones metabólicas cuando hay fiebre.

Administrar la medicación antimicrobiana prescrita y el registro de su efectividad permite mantener el control de la infección.

### *Evaluación*

La hipertermia del paciente se logró controlar sin ningún problema agregado durante las primeras 6 horas posteriores al ingreso, se aplicaron compresas cefálicas de agua fría, se monitorizó constantemente los signos vitales, los únicos dolores que manifestó durante su estancia hospitalaria fue en el sitio de punción venosa y lumbar, para lo que se procedió a la aplicación de fomentos tibios.

---

#### 2.4.8- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

##### *Diagnóstico de Enfermería*

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea e higiene bucal relacionada con deficiencia de la humectación de la piel e inadecuada higiene oral manifestada por ligera resequead de la piel y presencia de gingivitis.

##### Objetivo

Mejorar la hidratación cutánea del paciente con la finalidad de evitar la aparición de irritación, excoriación o lesiones agregadas a su enfermedad, agregando medidas específicas para la higiene bucal con la finalidad de restablecer la mucosa oral.

##### *Actividades de Enfermería*

- Mantener higiene corporal sin producir deshidratación de la piel: baño con agua tibia y jabón con lanolina, sacar sin frotar.
- Lubricar la piel con crema o loción corporal hidratante o aceite de almendras dulces.
- Proporcionar los complementos necesarios para la realización del aseo bucal (cepillo de dientes, pasta dental, hilo dental, vaso con agua).
- Orientar al paciente sobre la técnica adecuada del aseo bucal.
- Vigilar la realización de colutorios tres veces al día.

##### *Fundamentación*

La piel proporciona una primera barrera de defensa tanto anatómica como química, contra los microorganismos.

La frecuencia del mantenimiento de la salud oral varía según el estado de salud, edad, conocimientos del individuo y su capacidad de autocuidado.

---

La placa es flora microbiana que se encuentra en la boca y es el primer factor que contribuye a las enfermedades de las cavidades dentales y peridontales, todas las personas deben lavarse los dientes después de las comidas y al acostarse.

### *Evaluación*

Al inicio de la aplicación de las actividades de mantenimiento de la piel el paciente se encontraba reacio a la aplicación de cremas humectantes, situación que mejoro durante el paso de los días y finalmente viendo las mejorías de su piel la acepto de buen agrado, la disminución de la gingivitis también se logro disminuir con el cepillado dental adecuado y los colutorios con solución especifica.

#### 2.4.9. Necesidad de Evitar Peligros

##### *Diagnóstico de Enfermería.*

Alto riesgo de infección relacionada con la disminución de la capacidad de autoprotgerse y manifestada por la falta de conocimientos referentes a la enfermedad neurológica de meningitis.

##### *Objetivo*

Orientar al paciente y familia sobre las medidas preventivas o de aislamiento a utilizar durante la presencia de la enfermedad.

##### *Actividades de Enfermería*

- Proporcionar información referente a su enfermedad.
- Manejo de aislamiento respiratorio.
- El personal de salud y los familiares que estén en contacto con el paciente deberán colocarse cubre bocas, lavarse las manos antes y después de tocar al paciente o artículos contaminados con secreciones respiratorias.

- 
- El material contaminado con secreciones respiratorias deberá depositarse en bolsa roja.
  - El equipo contaminado con secreciones respiratorias deberá depositarse en agua clorada.

#### *Fundamentación*

Una enfermedad infectocontagiosa, es una afección que resulta si el agente infeccioso se transmite a un individuo mediante contacto directo o indirecto, a través de un vector o vehículo, o si lo transporta el aire.

Un niño en tratamiento de aislamiento por una enfermedad transmisible, puede no entender los fundamentos racionales de la separación de los demás.

La piel proporciona una primera barrera de defensa tanto anatómica como química, contra los microorganismos.

#### *Evaluación*

Después de orientar sobre las medidas de aislamiento que deben emplearse durante el transcurso de la enfermedad, se logra la cooperación total del paciente y de su familiar.

#### 2.4.10 Necesidad de Comunicarse

##### *Diagnóstico de Enfermería*

Deterioro de la comunicación verbal relacionada con barreras psicológicas manifestada por falta de disposición al dialogo e informes de sentimiento de abandono.

---

## Objetivo

Establecer una comunicación efectiva con el paciente aún en ausencia de su familiar lo que permita la adecuada aplicación del proceso enfermero.

### *Actividades de Enfermería*

- Propiciar el diálogo cuando el paciente se encuentre dispuesto a conversar.
- Demostrarle interés y atención a lo que verbalice.
- Interactuar con el paciente y su familia durante los horarios de visita.
- Explicarle al paciente sobre la normativa del hospital en relación con la permanencia de los familiares.

### *Fundamentación*

La falta de comunicación verbal es el estado en que se experimenta una disminución o la ausencia en la capacidad de emitir, recibir mensajes, comprender el lenguaje, intercambiar ideas o deseos en la relación humana.

### *Evaluación*

La comunicación efectiva se logro al cien por ciento al tercer día de hospitalización, su comunicación es clara y fluida, mejora con la presencia de su Mamá.

## 2.4.11 Necesidad de Vivir Bajo sus Creencias.

### *Diagnóstico de Enfermería*

Inexistencia de sufrimiento espiritual relacionado con creencias religiosas, manifestado por acudir a su iglesia cuando sus padres lo consideran conveniente.

---

### Objetivo

Contribuir al bienestar espiritual del paciente facilitando todos los recursos propios para escuchar sin juzgar todo lo que expresen con relación a su religión.

### Actividades de Enfermería

- Proporcionar la intimidad y tranquilidad necesaria para la oración diaria, cerrarle la puerta y apagar los distractores.
- Animar al paciente a mantener sus ritos al acostarse y antes de los alimentos.
- Transmitir una actitud de empatía ante las posturas religiosas.

### Fundamentación

La naturaleza espiritual del individuo se debe considerar como parte de su cuidado total.

El ambiente físico influye a menudo en la espiritualidad por lo que se debe proporcionar unas instalaciones apropiadas siempre que sea posible.

Para promover una espiritualidad positiva con las personas y familiares la enfermera debe poseer una espiritualidad positiva.

El trabajo de las enfermeras no debe violar sus propios valores morales, éticos, espirituales o religiosos.

### Evaluación

El paciente manifiesta que generalmente realiza oración antes de dormir a lo que se le procura un ambiente adecuado para que lo realizara, y que ya ha planeado con su madre que al salir del hospital visitara su iglesia para dar gracias.

---

#### 2.4.12 Necesidad de Trabajar y Realizarse.

##### *Diagnóstico de Enfermería*

Alto riesgo de lesión del escolar relacionada con la falta de atención a los riesgos ambientales, manifestada por la necesidad de trabajar en la vía pública.

##### *Objetivo*

Que el paciente identifique los factores potencialmente peligrosos en el entorno y manifieste su deseo de realizar medidas de seguridad que le permitan seguir apoyando a su familia sin sufrir lesión en su integridad.

##### *Actividades de Enfermería*

- Orientar sobre los peligros que existen en la vía pública.
- Enseñar medidas para prevenir accidentes peatonales.
- Orientar sobre la importancia que tiene a su edad el estudiar por sobre el trabajar.
- Dialogar con el familiar a cerca de los roles de cada integrante de una familia.

##### *Fundamentación*

En la Convención Internacional sobre los derechos de los niños se establece:

En el artículo 31. Los niños tienen derecho al descanso, al esparcimiento, al juego y a participar en actividades artísticas y culturales.

En el artículo 32. Los niños tienen derecho a estar protegidos contra el desempeño de cualquier trabajo que ponga en peligro su salud, educación o desarrollo.

---

### *Evaluación.*

Se tuvieron varias conversaciones con el familiar del paciente en donde se resalto las actividades que un escolar debe realizar, la patología del niño ha causado sentimientos de miedo y culpa en los padres quienes manifiestan su decisión de evitar que asuma responsabilidades que no le corresponden así como reorganización de actividades familiares.

### 2.4.13 Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.

#### *Diagnóstico de Enfermería.*

Déficit de actividades recreativas relacionadas con el tratamiento de aislamiento hospitalario por enfermedad infecciosa manifestado por desinterés y hostilidad en la conversación así como el informe de aburrimiento.

#### *Objetivo*

Disminuir el aburrimiento y manifestación de desinterés a través de realizar conjuntamente con el paciente actividades de ocio que permitan una integración satisfactoria al tratamiento de aislamiento.

#### *Actividades de Enfermería*

- Instalarlo en una habitación con televisor
- Fomentar su interés por el deporte.
- Permitirle la permanencia de juguetes lavables.
- Realizar actividades lúdicas con el paciente como lectura o juego de palabras.

#### *Fundamentación*

Se deben proporcionar actividades adecuadas a la edad del paciente para poder promover la salud mental y el desarrollo humano.

---

Recordar hechos significativos pueden ser un pasatiempo satisfactorio y estimulante para los pacientes confinados.

La persona aburrida tiene sentimientos introspectivos de estar oprimida y atrapada, lo que provoca enojo y hostilidad conciente o inconsciente.

El uso de televisión como fuente principal de distracción o recreo deberá evitarse a menos que el paciente lo desee mucho.

#### *Evaluación*

Se facilitó que el paciente mantuviera consigo un juguete lavable, además de realizar lecturas en conjunto con su familiar y ver el televisor cuando el lo solicitase; el hecho de tener la confianza de recuperarse le alienta para planear realizar ejercicio de natación y foot bool.

#### 2.4.14 Necesidad de Aprendizaje

##### *Diagnóstico de Enfermería*

Riesgo de alteración de los procesos de pensamiento relacionado con problemas de memoria manifestado por la facilidad para distraerse.

##### *Objetivo*

Que el paciente acuda a la consulta de Psicología con la finalidad de definir un posible trastorno y establecer medidas terapéuticas que permitan mejorar su calidad de vida.

##### *Actividades de Enfermería*

- Solicitar interconsulta con Psicología
- Realizar seguimiento de consultas y efectuar evaluación de mejoras.

---

### *Evaluación*

Debido a la demanda de atención que presenta el departamento de Psicología, la consulta fue programada hasta fines del mes de marzo, motivo por el cual el seguimiento quedara pendiente hasta esa fecha.

---

## 2. RECOMENDACIONES PARA SU CUIDADO

Las presentes recomendaciones para su cuidado se emiten par facilitar al paciente y su familia la continuidad del proceso atención de enfermería implementado así como el tratamiento médico, que garantizan la continuidad de la salud.

### a) Dieta:

- Acudir al programa de citas semanales del departamento de dietología para su control
- Continuar con dieta de 2100 calorías y líquidos naturales.
- Evitar comidas y bebidas que contengan cafeínas como chocolate, café o té durante principalmente por la tarde.
- Respetar los horarios establecidos para los alimentos.
- Seguir las indicaciones dadas en relación a la masticación de los alimentos.

### b) Higiene:

- Recomendar medidas higiénicas y otras conservar la integridad de la piel como, uso de jabones con humectante o la utilización de aceite corporal para el aseo, así como aplicación de crema o loción humectante para la piel.
- Aseo de manos antes de comer y después de acudir al baño.
- Programar y acudir a cita de Odontología
- Cambio de cepillo dental cada tres meses
- Utilizar diariamente para el aseo de los dientes la seda dental
- Informarle sobre revisiones dentales posteriores, cada seis meses.
- Baño y cambio diario de ropa.

---

c) Descanso

- Enseñar una rutina de sueño en su domicilio, que deberá consistir en:
- Mantener una programación diaria para despertarse, dormir y descansar
- Levantarse a la hora normal aunque no se haya dormido bien, evitando quedarse en la cama cuando se está despierto.
- Utilizar la cama solo para actividades asociadas con el dormir.
- Si no se puede dormir leer en otra habitación durante 30 minutos.
- Evitar comidas y bebidas que contengan cafeína como los chocolates, café o té.
- Enseñar la importancia del ejercicio regular durante al menos media hora tres veces a la semana para reducir el estrés y promover el sueño.

d) Medicamentos

- Ceftriaxona 2 gr. IM cada 12 hrs. por cinco días más

e) Generales

- Acudir a cita programada de infectología en la consulta externa el 6 de febrero del 2004.
- Programar y asistir a consulta de Psicología
- Evitar cambios bruscos de temperatura
- No frecuentar lugares con aglomeraciones.
- Evitar contacto con personas enfermas
- Consulta abierta al servicio de Urgencias en caso de requerirlo.

---

## CONCLUSIONES

Se considera que el compromiso que debe tener y sentir cada una de las enfermeras con el individuo que demandan su atención es la de proporcionar cuidados de enfermería en forma holística, responsable y comprometida con el paciente y familia a través de la realización de actividades que promuevan una pronta recuperación si este es el caso o bien ayudarlo a mantener su salud.

En la teoría holística, todos los organismos vivos se ven como totales que interactúan y están unificados más que como la mera suma de sus partes; desde este punto de vista cualquier alteración en una de sus partes afecta todo su sistema, su ser.

La enfermera debe convertirse en compañera, maestra, asesora, confidente así como una defensora incansable en el tratamiento y cuidado del individuo y su familia; la profesión de enfermería es de las más exigentes, desafiantes o agotadora que puede resultar para quien la ejerce, desesperante para los que demandan la atención, pero la mayoría de las veces resulta gratificante y estimulante para los pacientes, familia y para el mismo personal de enfermería cuando se puede constatar que todo el tiempo invertido en la atención cuidadosa de los detalles más mínimos para la satisfacción de las necesidades que el individuo manifiesta, da como resultado el lograr restablecimiento satisfactorio de su independencia lo antes posible.

En el presente proceso de atención de enfermería el resultado fue satisfactorio, la madre del paciente es la persona con la que más se siente identificado su participación activa resulto un apoyo determinante en su recuperación y sobre todo porque tuvo que superar los sentimientos de culpabilidad y frustración que le causaba el no poder estar todo el tiempo con él como ella y su hijo hubiesen querido, su participación consistió desde actividades técnicas como ayudarlo a deambular por ejemplo así como apoyo psicológico, manifestando siempre una actitud positiva.

---

Los objetivos planteados para la implementación del proceso para el paciente fueron alcanzados de forma satisfactoria, fue dado de alta en un lapso de diez días sin complicaciones aparentes y manifestando su deseo de cambiar sus hábitos alimenticios; se estableció además una coordinación efectiva con el equipo multidisciplinario de la unidad logrando ganar además la cooperación e independencia en un corto tiempo y sin complicaciones, la confianza plena del paciente y su familia. Uno de los logros más importantes es haber contribuido en la estabilidad emocional entre el paciente, familia y enfermera.

Considero que atender al paciente en forma totalitaria nos permite a los profesionales de la salud establecer vínculos mas estrechos con el, que favorecen la procuración de un practica de enfermería mas profesional y más humana.

La elaboración e implementación del presente proceso de enfermería me permito incrementar los conocimientos y reforzar los adquiridos en la etapa teórica, significa una etapa de crecimiento profesional y personal que permite proporcionar una atención de enfermería más fundamentada y más satisfactoria.

Considero conveniente que con la finalidad de poder unificar los criterios para la aplicación del proceso de atención de enfermería en nuestros centros de trabajo sería conveniente contar con un programa de capacitación en servicio, avalado por la ENEO para el personal de enfermería, en donde el egresado de la Licenciatura de Enfermería transmita los conocimientos adquiridos al personal con el que labora, iniciando en los servicios asignados y posteriormente abarcar todo el universo de la unidad donde cada una de nosotras se desempeña. La capacitación en la elaboración y aplicación del proceso atención de enfermería en el personal podría ser considerado como requisito indispensable para desempeñar las funciones correspondientes.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. - ADAMS R. Víctor N. "Principles of Neurology". MC Graw-Hill Interamericana, Quinta Edición, 1993 Pág.938
- 2.-ALFARO- Lefevre Rosalinda "Aplicación del Proceso Enfermero" Cuarta edición, Editorial Masson, España 2002, Pág. 274
- 3.-ANTHONY, G.A. Thiodeau. "Anatomía y Fisiología", Editorial Doyma, S.A. Barcelona 1999 Pág. 300
- 4.-BEVERLY Witer Dugas. "Tratado de Enfermería Practica", Interamericana, S.A. de C.V. cuarta edición, 1986 Pág. 793
- 5.-COLLIERE Marie Francois. "Promover la Vida". Editorial Interamericana MC Graw-Hill. España 1993 Pág.385
- 6.-DUEÑAS Fuentes José R. Octubre 2000 "Proceso Atención de Enfermería" consultado en <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>, el día 16 de febrero del año 2004.
- 7.-FERNÁNDEZ Fernández Carmen, y col. "El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Casos" Primera edición, Editorial Masson- Salvat, España 1993.

- 
- 8.-FONDO de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF 1999 "Derechos Internacionales del Niño" consultado en <http://www.unicef.org/oeg/voz/es/meting/rig/calor.html>, <http://www.unicef.org/voz/es/meting/rig/calor.html> el día 5 de Marzo de 2004
- 9.-GARCÍA Martín Caro y Col., "Historia de la Enfermería, Evolución Histórica del Cuidado Enfermero", Primera Edición, Editorial Harcourt, España 2001, Pág. 214.
- 10.-KING E.M. Y Cols. "Manual Ilustrado de Técnicas de Enfermería" Segunda Edición 1981, Editorial Interamericana, México. Pág. 871
- 11.-GUYTON C. Arthur, may, E. John, "Tratado de Fisiología Médica", Novena Edición, Editorial Interamericana MC Graw- Hill, México 2000, Pág. 1063.
- 12.-GARCÍA Alvarado Elizabeth. "Medidas de Bioseguridad e Infección Intrahospitalaria". Rev. Enfermería IMSS 2002,10(1) Pág. 27-30
- 13.-GONZÁLEZ Saldaña Napoleón y Col. "Infectología". Editorial Trillas. Edición 1997 Pág. 1057
- 14.-HERNÁNDEZ Sampiere Roberto, y col. "Metología de la Investigación", Tercera Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 2003, Pág. 705.
- 15.-JUALL Carpenito Lynda "Manual de Diagnósticos de Enfermería", Quinta Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 2002, pág. 1335.

- 
- 16.-LAROUSE Diccionario Enciclopédico 2001, Séptima edición, Colombia Santafé de Bogotá 2003. Pág. 1056.
- 17.-MARRINER Tomey Ann, y col. "Modelos y Teorías de Enfermería" Cuarta edición, Editorial Harcourt- Brace, España 1998. Capítulo 9.
- 18.-MOSBY "Diccionario de Medicina" Edición 1994, Editorial Océano, España 1994, Número total de páginas 1437.
- 19.-NANDA "Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2001- 2002" Edición en español, Editorial Harcourtt, España 2003, Pág. 264.
- 20.-PHANEUF Margot. "La Planificación de los Cuidados Enfermeros". Editorial MC Graw Hill, Primera Edición, México 1999 Pág. 281.
- 21.-POLIT Ph. D. Denise F., y col. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud", Quinta Edición, Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, México D. F. 199, Pág. 701.
- 22.-QUIROZ González Fernando. "Anatomía Humana". editorial Porrúa Quinceava Edición 1976.
- 23.-ROHWEDER Nordmark. "Bases Científicas de la Enfermería". Segunda Edición 1991. Prensa Medica Mexicana. Pág.712
- 24.-RODRIGUÉZ Sánchez Bertha Alicia, "Proceso Enfermero", Segunda edición, Editorial Cuellar, México D. F. 2002, Número total de páginas 277.

- 
- 25.-ROSALES Barrera Susana. "Fundamentos de Enfermería", Editorial Manual Moderno, Octava Edición México 1991 .Pág. 463
- 26.-SANGUESA "Tendencias y Modelos más Utilizados en el Cuidado de Enfermería y Proceso Atención de Enfermería" consultado en <http://personal.redestb.es/a-sanguasa/modelos.html> el día 3 de febrero de 2004.
- 27.-THOMSON PLM. "Diccionario de Especialidades SNC" tercera Edición 2003.Pág. 565
- 28.-TORTORA Gerard J., y Cols."Principios de Anatomía y Fisiología", Séptima Edición, Editorial Harcourt Brace, España 2002, Pág. 999.
- 29.-KOSSIER Barbara. "Fundamentos de Enfermería" Editorial Interamericana. MC Graw Hill. Quinta Edición 1999.Pág. 856
- 30.-WILLIAM W. Hay.Jr. "Diagnostico y Tratamiento Pediátrico". Treceava Edición. Editorial Manual Moderno 1999. Pág. 1241

A N E X O S

---

ANEXO 1

**Instrumento de Valoración de las 14 Necesidades Básicas  
Propuestas por Virginia Henderson**

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Procedencia \_\_\_\_\_

Fuente de Información \_\_\_\_\_ Fiabilidad \_\_\_\_\_ ( 1 - 4 )

Miembro de la Familia o persona significativa \_\_\_\_\_

Número de Registro \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

1. Necesidad de Oxigenación

Aspectos  
sugestivo \_\_\_\_\_

---

Objetivo

Signos Vitales y Características

TEMP. \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_

---

Estado de  
Conciencia \_\_\_\_\_

Coloración de la Piel \_\_\_\_\_

Lecho Unguial \_\_\_\_\_ Cianosis \_\_\_\_\_

Retorno Venoso \_\_\_\_\_

Función Respiratoria \_\_\_\_\_

## 2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

Aspecto sugestivo

---

---

---

---

Dieta habitual \_\_\_\_\_ Número de comidas al día \_\_\_\_\_

Trastornos digestivos \_\_\_\_\_

Intolerancia alimentaria \_\_\_\_\_

Horario de alimentos \_\_\_\_\_ Tiempo entre comidas \_\_\_\_\_

Come solo o acompañado \_\_\_\_\_

Total de líquidos que consume al día \_\_\_\_\_

Objetivo

Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Diámetro de Brazo Izq \_\_\_\_\_ Der. \_\_\_\_\_.

---

*Pliegues de la Piel* \_\_\_\_\_ *Constitución corporal* \_\_\_\_\_

*Turgencia de la piel* \_\_\_\_\_ *Mucosas* \_\_\_\_\_

*Aspecto de dientes y encías* \_\_\_\_\_

### *3. Necesidad de Eliminación*

*Aspecto subjetivo*

*Hábitos intestinales, número y características*

*Heces* \_\_\_\_\_ *Orina* \_\_\_\_\_

*Sudor* \_\_\_\_\_ *Estado de conciencia* \_\_\_\_\_

*Problemas relacionados con la necesidad de eliminación* \_\_\_\_\_

---

*Como resuelve los problemas relacionados con la necesidad de eliminación* \_\_\_\_\_

---

*Objetivo*

*Abdomen* \_\_\_\_\_

*Ruidos Intestinales* \_\_\_\_\_

*Genitales* \_\_\_\_\_

### *4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura*

*Aspecto subjetivo*

*Capacidad física cotidiana* \_\_\_\_\_

*Actividades en tiempo libre* \_\_\_\_\_

---

Hábitos de trabajo \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso \_\_\_\_\_

Objetivo

Sistema Músculo Esquelético \_\_\_\_\_

Postura \_\_\_\_\_

Deambulaciòn \_\_\_\_\_

Estado de conciencia \_\_\_\_\_

5. Necesidad de Descanso y Sueño

Aspecto subjetivo

Horario de descanso \_\_\_\_\_ Horario de sueño \_\_\_\_\_

Horas de descanso \_\_\_\_\_ Horas de sueño \_\_\_\_\_

Factores que interfieren con su descanso en este momento \_\_\_\_\_

Cuando duerme tiene sueños o pesadillas \_\_\_\_\_

Objetivo

Estado de conciencia \_\_\_\_\_ Estado Emocional \_\_\_\_\_

Presencia de ojeras \_\_\_\_\_ Características de conjuntivas \_\_\_\_\_

---

6. Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas

Aspecto subjetivo

Persona que selecciona la ropa que viste \_\_\_\_\_

Solicita ayuda para la selección de su vestuario \_\_\_\_\_

Pertenencia a algún grupo social \_\_\_\_\_

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse \_\_\_\_\_

Características del vestuario \_\_\_\_\_

Limpio \_\_\_\_\_ Sucio \_\_\_\_\_ Roto \_\_\_\_\_ Inadecuado \_\_\_\_\_

7. Necesidad de Termorregulación

Aspecto subjetivo

Clima que le produce sensación de bienestar \_\_\_\_\_

Con que recursos físicos en situaciones de los cambios de climas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Suficientes o insuficientes \_\_\_\_\_

Objetivo

Características de la piel \_\_\_\_\_

Temperatura corporal \_\_\_\_\_ Temperatura ambiente \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico \_\_\_\_\_

---

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Aspecto subjetivo

Frecuencia del aseo \_\_\_\_\_ Horario en que prefiere bañarse \_\_\_\_\_

Número de veces al día en que realiza aseo dental \_\_\_\_\_

Aseo de manos antes de comer y después de satisfacer la necesidad de  
eliminación intestinal \_\_\_\_\_

Objetivo

Aspecto general

---

Características del Cuero Cabelludo

---

Halito \_\_\_\_\_ Encías \_\_\_\_\_ Dientes \_\_\_\_\_

Olor corporal \_\_\_\_\_ Uñas \_\_\_\_\_

9. Necesidad de Evitar los Peligros

Aspecto subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia \_\_\_\_\_

---

Reacción ante una situación de urgencia \_\_\_\_\_

Rol y Status que ocupa en la familia \_\_\_\_\_

Persona a la que acudiría en caso de peligro \_\_\_\_\_

---

Objetivo

Conocimiento sobre medidas de seguridad para evitar accidentes Hogar, Trabajo,  
Vía pública \_\_\_\_\_

---

Control de salud periódico \_\_\_\_\_ veces al año sin estar enfermo \_\_\_\_\_

#### 10. Necesidad de Comunicarse

Aspecto subjetivo

Preocupación en este momento \_\_\_\_\_

Estado de ánimo con respecto a su internamiento \_\_\_\_\_

Persona a la que la comunica sus problemas \_\_\_\_\_

Número de amigos con los que platica \_\_\_\_\_

Actitud durante las respuestas \_\_\_\_\_

Objetivo

Lenguaje \_\_\_\_\_ Audición \_\_\_\_\_

Visión \_\_\_\_\_ Confusión \_\_\_\_\_

Comunicación verbal / no verbal con la familia \_\_\_\_\_

Con otras personas \_\_\_\_\_

---

11. Necesidad de Vivir Bajo sus Creencias y Valores

Aspecto subjetivo

Creencia religiosa \_\_\_\_\_ Conflictos personales en relación  
con la creencia religiosa \_\_\_\_\_

Principales valores en la familia \_\_\_\_\_

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso) \_\_\_\_\_

Objetos indicativos de determinados valores o creencias \_\_\_\_\_

---

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse

Aspecto subjetivo

Ocupación \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

Riesgos \_\_\_\_\_ Horas de Trabajo diario \_\_\_\_\_

Satisfacción por el trabajo \_\_\_\_\_ Remuneración \_\_\_\_\_

---

Satisfacción con el rol familiar que desempeña \_\_\_\_\_

Objetivo

Estado emocional en el que se encuentra \_\_\_\_\_

---

---

---

### 13. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas

Aspecto subjetivo

Actividades recreativas en el tiempo libre \_\_\_\_\_

Recursos en la comunidad para la recreación \_\_\_\_\_

Situaciones que impiden satisfacer esta necesidad \_\_\_\_\_

---

Participación en alguna actividad lúdica o recreativa \_\_\_\_\_

Objetivo

Integridad del sistema nervioso \_\_\_\_\_

Órganos de los sentidos \_\_\_\_\_

Actividades recreativas \_\_\_\_\_

Estado de animo \_\_\_\_\_

### 14. Necesidades de Aprendizaje

Aspecto Subjetivo

Condiciones optimas para su aprendizaje \_\_\_\_\_

---

Dificultades para aprender cosas nuevas \_\_\_\_\_

---

Problemas con familiares, amigos o personas significativas \_\_\_\_\_

---

Hábitos de lectura \_\_\_\_\_

---

*Agrado por la escuela y sus instalaciones* \_\_\_\_\_

*Se encuentra cerca del domicilio* \_\_\_\_\_

*Objetivo*

*Estudios realizados* \_\_\_\_\_

*Puede leer* \_\_\_\_\_ *escribir* \_\_\_\_\_

*Los estudios son acordes con el grado académico que tiene* \_\_\_\_\_

Anexo 2

**DIETA DE 2100 CALORIAS**

H.C. 53 %  
PROT. 17 %  
LIP. 30 %

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Peso real \_\_\_\_\_ Peso ideal \_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_

No. Cama \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_

| ALIMENTO | CANTIDAD | MEDIDA CASERA |
|----------|----------|---------------|
|----------|----------|---------------|

Desayuno

|                                 |                 |            |
|---------------------------------|-----------------|------------|
| Leche sola                      | 200 ml          | 1 vaso     |
| Huevo cocido / tibio o al gusto | 60 grs.         | 2 pzas.    |
| Pan                             | 20 grs.         | 1 rebanada |
| Fruta fresca                    | 200 grs.        | 2 pzas.    |
| Agua de sabor                   | a libre demanda |            |

| ALIMENTO                                 | CANTIDAD        | MEDIDA CASERA |
|--|-----------------|---------------|
| <u>Media Mañana</u>                      |                 |               |
| Jugo de frutas                           | 200 ml          | 1 vaso        |
|  | 60 grs          | 1 rebanada    |
| Agua de sabor                            | a libre demanda |               |
| <u>Comida</u>                            |                 |               |
| Consomé o sopa de vegetales              | 100 grs.        | 1 tazón       |
| Carne asada con ensalada de<br>Vegetales | 150grs.         | 1 ración      |
| Fruta fresca                             | 200grs.         | 2 raciones    |
| Agua de sabor                            | a libre demanda |               |
| <u>Media tarde</u>                       |                 |               |
| Gelatina                                 | 200 grs.        | 1 vaso        |
| Fruta                                    | 120 grs.        | 1 rebanada    |
| <u>Cena</u>                              |                 |               |
| Leche                                    | 200 ml.         | 1 vaso        |

Fuente: Departamento de Dietología del Hospital Pediátrico San Juan de Aragón,  
SSDF2004