



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UN PACIENTE LACTANTE CON ALTERACIÓN EN EL  
MOVIMIENTO RELACIONADO CON LA HIDROCEFALIA  
REALIZADO CON EL  
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ENFERMERA  
PRESENTA**

**MENDETA DAVILA LUZ BEATRIZ**

**No. cta. 201007118**

**DIRECTORA DE TRABAJO**

---

**E. P. MA. DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCÍA**

**MEXICO D.F. OCTUBRE DEL 2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## DEDICATORIAS

Con todo mi amor y Cariño a ti **DIOS** que me diste la oportunidad de vivir y darme la familia maravillosa que tengo.

Con mucho amor para ti **Jorge** por tanto amor y paciencia como tienes, por creer en mí en todo momento, pero sobre todo por que en los momentos de flaqueza siempre estuviste a mi lado impulsándome para continuar, gracias por ser el pilar donde me apoyo.

A mis hermosas hijas a ti

**Monse** por que me has enseñado tanto con tantas cosas, por los momentos difíciles que hemos pasado y hemos superado juntas, sabes que puedes contar conmigo en todo momento, por que eres parte de mi corazón.

A ti mi bebe

**Sol** sabes mi niña, que sin ti no lo hubiera logrado por que tú eres ese motor que me impulsa a seguir adelante, la gasolina que me alimenta, en todo momento aun en esos tan difíciles a pesar de ser la mas pequeña, gracias mi niña por todo lo que significas en mi vida.

A mis grandes amigas **Lupita y Laura** por acompañarme en los momentos difíciles de mi vida y también en los mejores momentos como este gracias por ser mis amigas recuerden que siempre estarán en mi corazón.

A todas mis profesoras, por confiar en mí, por su paciencia y dedicación en todo momento, gracias por ser como son, gracias a eso he llegado a la primera de mis metas, no tengo palabras para agradecer todo lo que han hecho por mí, las quiero mucho y nunca las olvidare.

A usted maestra **Chelito** por que nunca dejo de apoyarme para realizar mi trabajo.

## CONTENIDO

I.- INTRODUCCIÓN

II.- OBJETIVOS

III.- METODOLOGÍA

IV.- MARCO TEORICO

- ❖ Evolución histórica del cuidado enfermero.
- ❖ Definición de enfermería.
- ❖ Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.
- ❖ Definición del proceso de enfermería y sus etapas.

V.- PRESENTACIÓN DEL CASO

VI.- JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

VII.- PLANEACIÓN Y EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES

VIII.-PLAN DE ALTA

IX.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

X.- BIBLIOGRAFÍA

XI.- ANEXOS

- VALORACION CLINICA
- HIDROCEFALIA
- ETAPA DE VIDA

## I.- INTRODUCCIÓN

La hidrocefalia congénita en México se presenta con una incidencia de 1.4 casos por 1000 nacimientos sola o asociada a otras malformaciones a lo que se agregan los hidrocéfalos diagnosticados semanas o meses después del nacimiento. [hospitalgeneraldemexico.salud.gob.mx](http://hospitalgeneraldemexico.salud.gob.mx).

Se origina por un obstáculo en la circulación de L.C.R. en el sistema ventricular, o en la absorción del mismo; raras veces se debe a hipersecreción del L.C.R.

De acuerdo a la fisiopatología puede ser de tipo obstructiva cuando el obstáculo está en el sistema ventricular o comunicante cuando el obstáculo está en las cisternas de la base o en el sitio de absorción.

Los signos relevantes de la hidrocefalia congénita son: Macrocefalia, Fontanela amplia y tensa, suturas craneanas separadas, ingurgitación venenosa pericraneana, ojos en sol naciente, vómitos y a veces estrabismo, nistagmus y casi constantemente irritabilidad.

Se diagnostica por medio Tomografía Computada y la Resonancia Magnética.

Cuando se diagnostica y es tratada oportunamente, la mayoría de los niños se recupera bien.

El tratamiento electivo generalmente es la cirugía aunque es eficaz existen probabilidades de fracaso y complicaciones, el 30% de las derivaciones dejan de funcionar durante el primer año, y el 5% dejan de funcionar durante los años consecutivos, con la reaparición de los síntomas, la mayoría de los niños a los que se les implantan las derivaciones tienen que ser operados varias veces para solucionar los problemas que van surgiendo en la derivación.

Las infecciones es otro efecto secundario de las derivaciones, y ocurre en un 5% a 10% de las intervenciones, la mayoría se desarrollan durante los primeros meses posteriores a la colocación de la derivación y requieren de extraer temporalmente el dispositivo mientras se recibe tratamiento con antibióticos por vía intravenosa durante dos semanas

## II.-OBJETIVOS

### GENERAL

Aplicar el proceso atención enfermería con el enfoque teórico de Virginia Henderson en un paciente lactante con alteración en la movilidad relacionado con hidrocefalia.

### ESPECÍFICOS

- ❖ Buscar información bibliográfica acerca de los problemas de hidrocefalia, diagnóstico y tratamiento del mismo.
  
- ❖ Elegir al paciente con las características patológicas de hidrocefalia.
  
- ❖ Llevar a cabo el proceso de acuerdo a un instrumento elaborado y aplicar un método científico.
  
- ❖ Proporcionar asistencia integral al paciente lactante tomando en cuenta sus necesidades de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo.

### III.- METODOLOGÍA

En base al modelo de Virginia Henderson se detectaron las necesidades alteradas a un paciente lactante con hidrocefalia el cual se localizo el servicio de lactantes en el 4º piso del Hospital de Alta Especialidad de Pediatría en Centro Medico Siglo XXI en este servicio se concentran a los pacientes por edades y no por su padecimiento.

La aplicación de el proceso atención de enfermería inicia con la entrevista y la obtención de datos subjetivos, para continuar con la observación y el examen físico para obtención de datos objetivos, en esta etapa se lleva acabo el primer encuentro con el paciente estableciendo la relación enfermera/paciente, para la valoración se requirió de privacidad por medio de cortinas y biombo ya que es una sala de 4 camas, así como de el instrumento de valoración para la recolección de datos.

En la valoración se obtuvieron los datos necesarios para determinar el plan de atención de enfermería que se realizaría al paciente lactante con hidrocefalia en base al modelo de Virginia Henderson enfocadas en las 14 necesidades, una vez reunida toda la información y el resultado de el examen físico se continua con la siguiente etapa.

Los diagnósticos de enfermería se formularon en base en el análisis e interpretación de los datos para identificar los problemas y sus posibles causas, utilizando las etiquetas la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos enfermeros).

Planeación aquí se plantearon los objetivos que se deben alcanzar en base a las intervenciones, con la finalidad de dar cuidados integrales que ayuden a mantener el estado de salud de la paciente.

La ejecución se llevo a cabo conforme a los objetivos y con ayuda del equipo de salud.

En la evaluación se compararon los resultados con los objetivos para determinar si se lograron o no y si se cubrieron las necesidades requeridas.

## IV.- MARCO TEORICO

### HISTORIA DE ENFERMERÍA

Las “prácticas cuidadora” van ligadas a la conservación de la especie humana. En todas las etapas de la historia, las madres, mujeres y esclavos... han utilizado algún tipo de conocimiento intuitivo y/o de transmisión oral, tanto en su saber teórico como en su práctica, ligados, inevitablemente a la sociabilidad humana.

Colliere afirma: Las enfermeras aseguran la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidados, a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural.<sup>1</sup>

“**EN EL CONCEPTO DE AYUDA**” bajo el que se configuran las prácticas de cuidados está inmerso en un principio, ya que el hombre primitivo se cree incapaz de subsistir disociado del mismo.

En el **CONCEPTO PREHISTORICO DE AYUDA** podemos incluir cierta individualización y previsión de futuro.

“**LOS CUIDADOS DE SUPERVIVENCIA**” son los mas elementales, como la atención durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete. Ya que la supervivencia dependía del éxito de los cuidados en la era primitiva.

Desde esta época surgen los antecedentes de la historia de la enfermería; siendo la mujer la protagonista de los cuidados que implicaban en la satisfacción de las necesidades de supervivencia, en general, y de alimentación especialmente.

“**EL CRISTIANISMO**” con los principios del pensamiento cristiano se crearon los primeros hospitales, tenían en común la localización, todos ellos construidos cerca de monasterios o catedrales, eran caracterizados por ser meramente eclesiásticos ya que la iglesia era la responsable de la caridad.

Los hospitales más importantes y famosos de esta época, por orden de construcción, fueron los de Lyon, París, Roma y Londres.

“**LA EDAD MEDIA**” entre los hechos históricos más significativos de esta época destacan las Cruzadas que fueron ocho, expediciones realizadas por los cristianos de Occidente teniendo por causa la peregrinación, favorecieron la organización de hospitales, sistematizando los cuidados enfermeros.

“Las órdenes Militares” surgieron del seno de la hermandad militar y fueron especiales, en su servicio al prójimo combinando los atributos con la religión, la caballería, el militarismo y la caridad.

---

<sup>1</sup> COLLIERE **promover la vida** pp. 7

Fundaron hospitales a lo largo del camino y en las ciudades donde se detenían en la peregrinación. En general eran unos edificios rudimentarios, con paja en el suelo en lugar de camas, donde se daba alojamiento y abrigo a los enfermos y desvalidos, que permanecían amontonados en una misma sala debido a que entonces se sabía muy poco sobre el contagio.

“Las órdenes mendicantes” dieron lugar a la agrupación social para las labores de atención al enfermo y el trabajo en comunidad, debido a la propagación de enfermedades y plagas.

Surgieron “las ordenes religiosas”: la orden franciscana, fundada por San Francisco de Asís. El cual fundo tres órdenes religiosas: orden de los frailes menores, orden de las clarisas pobres, orden del terciario.

“Las órdenes seculares” se desarrollaron al mismo tiempo que las órdenes militares y religiosas, aparecieron grupos de trabajadores que se unieron para formar órdenes semi-religiosas.

Haciendo grandes contribuciones a la enfermería sirviendo a los enfermos, los pobres, abandonados y huérfanos en sus mismas comunidades y en coacciones en el hospital.

El desarrollo de estas órdenes fue suma importancia en la continuidad de los cuidados; y su éxito fue debido a su libertad dentro de la comunidad.

En México el hospital de Jesús, como ahora se el conoce, fue centro de importancia en la vida de la colonia por su labor asistencia, educativa y religiosa. (Fundado en 1524)

**“FLORENCE NIGHTINGALE”** con su brillante labor de saneamiento en los hospitales logro reducir la mortalidad. En 1840 fundo la escuela de enfermería en con el objetivo de preparar enfermeras de hospital, enfermeras visitadoras y enfermeras capacitadas. En esta escuela se cursaban 3 años de formación, sirviendo de modelo para otras escuelas.

Mencionando que la enfermería no es una pura técnica, sino un proceso que incorpora el desarrollo del Alma, la Mente y la Imaginación. Su esencia reside en la imaginación creativa, es espíritu sensible y la comprensión inteligente, que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería eficaces.

Creo el primer modelo conceptual de enfermería, el objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él.

Su teoría se centró en le medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirmó: "Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las

viviendas: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz "  
Otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.<sup>2</sup>

**“VIRGINIA HENDERSON”** fue una de las primeras autoras que intento aclarar la naturaleza de la enfermería en 1955 y su definición de la misma es tal vez la que mejor se conoce en el mundo:

“La única función de una enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, para realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o una muerte tranquila, acciones que el mismo realizaría si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Además lo ayudara a ganar independencia tan rápido como sea posible.”<sup>3</sup>

Los elementos más importantes de su teoría.

- La enfermera asiste a las personas en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Desarrollando un criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identificando las 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Partiendo de las necesidades fisiológicas par llegar a los componentes psicosociales.

Tomando como base la teoría de Bernard en donde afirmaba que para conservar la salud se tiene que tener un equilibrio fisiológico y psicológico. Y desde su punto de vista describió que no se puede separar el cuerpo del alma, se enfoco en las catorce necesidades básicas de los seres humanos, jerarquizando las necesidades según Abraham Maslow dando mayor importancia a las necesidades filológicas hasta llegar a las necesidades psicosociales.

---

<sup>2</sup> MOLINA Notas sobre Enfermería pp58

<sup>3</sup> MARNIER Modelos y teorías en enfermería pp.100

## Las 14 necesidades básicas.

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporales.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada para vestirse.
- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado.
- Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
- Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Actuar con arreglo a la propia fe.
- Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
- Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.<sup>4</sup>

Desde su punto de vista surge su teoría de las necesidades humanas básicas y fundamentales de los seres humanos, que no pueden satisfacer por una enfermedad o determinadas etapas del ciclo vital, influyendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Necesidades que serían satisfechas por la persona si tuviera el conocimiento, la fuerza y la voluntad para realizar independientemente, sin embargo cuando algo de esto le falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, surgen los problemas de salud.

Decretando que la intervención de enfermería es fundamental para ayudar o suplir a la persona a cubrir sus necesidades.

Las situaciones de dependencia suelen ser por causa de tipo físico, psicológico, sociológico o falta de conocimiento.

La autora parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer que generalmente sean cubiertas por ellos mismos cuando están sanos y tiene los suficientes conocimientos para ello.

De acuerdo a 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 dos tipos de factores:

---

<sup>4</sup> MARRINER modelos y teorías en enfermería p102

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos:
  - Falta aguda de oxígeno.
  - Conmoción.
  - Estados de inconsciencia.
  - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
  - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
  - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
  - Una enfermedad transmisible.
  - Estado preoperatorio.
  - Estado postoperatorio
  - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
  - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

La relación enfermera paciente se aborda de tres formas: **sustitución, ayuda o compañía.**

- **Sustitución:** en un momento de gravedad, sustituyendo las carencias del paciente.
- **Ayuda:** durante la convalecencia, hasta que adquiera su independencia.
- **Compañía:** estableciendo un plan de asistencia junto con la persona.

Destaco cuatro conceptos básicos.

- **Persona** “un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y el cuerpo y el alma son inseparables”. Contemplando al paciente y a su familia como una unidad.
- **Entorno** “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”
- **Salud:** “se trata mas bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/ físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar un nivel de satisfacción vital en sus mas altas costas”. La OMS define la salud como un bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud

- **Enfermería** una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actuar como miembro de un equipo medico, tener los conocimientos científicos, para valorar las necesidades humana.

Destacando que las enfermeras deben ser capaces de valorar no solo las necesidades de la persona sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran, puede modificar el entorno siempre que sea necesario.

Teniendo como **objetivo**, la enfermera es que la persona logre su independencia o una muerte tranquila.

La **meta** de la enfermera es mantener la vida cotidiana de la persona “lo mas normal posible” y favorecer la salud.<sup>6</sup>

Se denominan cuidados básicos a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades. Cuidados que se realizan a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona.

No utilizo la frase “**modelo de enfermería**” sin embargo fue pionera en la explicación de los conceptos básicas de la disciplina. Los creadores de los modelos actuales fueron influidos por el pensamiento de Henderson.

El modelo provee una estructura para el que hacer de la enfermera y como hacerlo; en la educación proporciona un esquema que organice el currículo: conocimiento, destrezas aproximación necesarios para el aprendizaje de la practica; en el manejo, delinea las metas comunes a alcanzar; en la investigación, da una guía de lo que debe estudiarse par extender el conocimiento de enfermería y así mejorar la practica.<sup>7</sup>

Los elementos fundamentales de su modelo son: **el objetivo de los cuidados, usuario del servicio, rol profesional, fuente de dificultad, intervención de la enfermera y consecuencias de la intervención.**

**Objetivo de los cuidados** consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

**Usuario de los servicios** es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aun sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

---

<sup>6</sup> MARNIER Modelos y teorías en enfermería pp. 104

<sup>7</sup> ROPER Modelos de enfermería pp. 14

**Rol profesional** consiste en suplir la autonomía de la persona o ayuda a lograr la independencia desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

**Fuente de dificultad** es el grado de dependencia ya sea por falta de fuerza, voluntad o conocimientos para satisfacer sus necesidades básicas.

- **Conocimiento:** es el saber que acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y como llevarlas a la práctica, es decir saber “que” hacer y “como” hacerlo.
- **Fuerza:** puede ser física que se refiere a la carencia de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para hacer las actividades requeridas y la falta de fuerza psíquica cuando, sabiendo que hacer y como hacerlo, ignora los beneficios de esas acciones, no las relaciona con su situación de salud ni es capaz de tomar una decisión, o la que toma no es la adecuada.
- **Voluntad:** es comprometerse a hacer las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades básicas y mantener la conducta durante el tiempo necesario y con la frecuencia e intensidad requerida.

**Intervención de la enfermera:** son las acciones realizadas dirigidas a aumentar, completar, reforzar o sustituir.

**La consecuencia de la intervención:** es la satisfacción de las necesidades básicas.

Destaco los principales conceptos de su modelo

**Cuidados básicos:** cualquier cuidado enfermero que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía, sea cual sea el grado de dificultad.

**Independencia:** el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo a su situación de vida.

**Dependencia:** el desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o futuro, de acuerdo con el nivel de vida.

**Autonomía:** es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

**“EL PROCESO ENFERMERO”** tiene sus orígenes en 1955 cuando fue utilizado por primera vez por Lidia Hall, sin embargo tardó varios años en ser aceptado como parte del cuidado integral de enfermería. En 1967 Yura y Wals crearon el primer texto que constó de cuatro etapas: valoración, planeación, ejecución y evaluación. En 1974 Blodi y Roy añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar de un proceso de cinco fases.<sup>8</sup>

El proceso es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

Su aplicación se refleja en el quehacer de enfermera y debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud de la persona, familia y comunidad.

Exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así como el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Siendo todo esto necesario para ayudar a las personas que requieren de su atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, para alcanzar su potencial máximo de salud.

Así como de una actividad especial y continua con la persona a la que se le brinda la atención ya que trata de mejorar la respuesta humana.

Como instrumento el proceso de enfermería en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados a la persona de atención: individuo, familia o comunidad.

Además, proporciona la base para la realización y sistematización de la investigación, asegurando la atención individualizada, permitiendo evaluar el resultado de la intervención de enfermería.

A la persona le permite participar en su propio cuidado; garantizando la respuesta a sus problemas reales y potenciales, ofreciendo atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la prioridad de sus problemas.

Al profesional de enfermería le facilita la comunicación; permitiendo flexibilidad en el cuidado; generando respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; permitiendo conocer objetivos importantes para la persona de atención; mejorando la calidad de la atención; proporcionando el crecimiento profesional y la investigación.

---

<sup>8</sup>YER proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería p 13

En la actualidad la enfermería hace grandes esfuerzos por ser reconocida como una profesión, y por tanto debe disponer de un método de trabajo propio que le permita atender en forma particular el objeto de estudio de la disciplina "El Cuidado".

Además de contar con conocimientos propios, un marco ético-filosófico, un objeto de estudio bien definido y evaluar periódicamente su trabajo.

La finalidad del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades de la persona de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral.

Esta integrado de cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente.

El proceso de atención tiene como propiedades ser objetivo.

- **Sistemático:** ya que cuenta con un marco teórico para lograr el objetivo.
- **Dinámico:** ya que cambia constantemente.
- **Flexible:** ya que se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier lugar o área especializada y con individuos, grupos o comunidades.
- **Continuo:** sigue una continuidad sobre un marco referencial.
- **Individualizado:** ya que se aplica para una persona en específicamente, no se puede generalizar.
- **Participativo:** ya que las relaciones deben ser reciprocas entre la enfermera y el paciente, la familia y los demás profesionales de la salud.
- **Tiene una base teórica:** ya que parte de una serie de conocimientos que incluyen las ciencias biológicas, sociales y humanas.

El Proceso de Atención Enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.**

Como todo método, el Proceso de Atención de Enfermería ordena un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque se estudien separado, con carácter metodológico, ya que en práctica las etapas se denominan de la siguiente manera.

- **Valoración:** es la primera etapa del proceso de enfermería ya que consiste en recoger y organizar los datos antecedentes y actuales, objetivos y subjetivos que conciernen a la persona, familia y entorno.

Las fuentes para obtener los datos son la persona misma, la familia o personas allegadas, la historia clínica.

Los métodos para obtener la información requerida son, la entrevista, la observación y el examen físico.

**Entrevista:** existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La finalidad de la entrevista

- Obtener información específica y necesaria para la elaboración de diagnóstico enfermero y planificación de los cuidados.
- Facilita la relación enfermera paciente.  
Permite que el paciente se informe y participe en la identificación de sus problemas y poder plantear sus objetivos.
- Ayuda al personal de enfermería a la determinación que áreas requieren un análisis afondo.

**Observación:** es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Desde el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera, comienza la recolección de datos por medio de la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.

Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

**Examen físico:** es la actividad final de la recolección de datos el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física: es la obtención de datos para poder establecer comparaciones y valorar la obtención de datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La forma de realizar el examen físico es céfalo caudal de la cabeza en forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, ayudando a ser mas específicos en aquellos que requieren mayor atención.

Son cuatro técnicas específicas para obtener el examen físico.

**Inspección:** es el examen visual general del paciente con la finalidad de determinar estados o respuestas normales o anormales. Enfocada en las características físicas o comportamientos específicos como: tamaño, forma, posición, situación anatómica, color textura, aspecto, movimiento y simetría.

**Palpación:** es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica se utiliza principalmente para la palpación de los órganos del abdomen, siendo los movimientos corporales y la expresión facial la que nos ayudara en la valoración.

**Percusión:** es dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con la finalidad de obtener sonidos, son varios que podemos obtener:

- sordos cuando se percute músculos o huesos.
- Mates cuando se percute sobre el hígado y el bazo.
- Hipersonoros cuando se percute el pulmón normal lleno de aire
- Timpanitos cuando se percute el estomago lleno de aire o un carrillo de la cara.

**Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos que producen los órganos del cuerpo, utilizando el estetoscopio y determinando las características sonoras del pulmón, corazón e intestino.

Una vez que se tienen los datos se organizan de forma sistemática en categorías llevando un registro de la información obtenida, para formular el diagnóstico y planificar la actuación de enfermería asegurando la continuidad de los cuidados.

- **Diagnóstico:** un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad como resultado de la valoración de enfermería, conocido como respuesta humana; que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, realizando actividades necesarias para prevenir, resolver o reducir.

Los diagnósticos pueden ser **reales, de riesgo o de salud** y son problemas que se pueden prevenir, resolver o reducirse mediante actividades interdependientes de enfermería.

Esta considerada actividad independiente toda aquella acción reconocida legalmente responsabilidad de enfermería y que no requiere supervisión o dirección de otros profesionales.

Las actividades independientes ayudan a las tareas cotidianas, la educación sanitaria del paciente y la promoción de la movilidad.

Las actividades interdependientes son todas aquellas acciones de enfermería que deben ser realizadas bajo la dirección de un medico.

Se ha definido al problema interdependiente como problema real o potencial que surge como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios diagnósticos o tratamientos que pueden prevenirse, resolverse mediante actividades de colaboración de enfermería.

- **Planificación:** es la etapa en donde se establecen los cuidados de enfermería, que conducen al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, mediante.
  - Estableciendo prioridades en los cuidados con un orden jerárquico de los problemas detectados.
  - Planteando los objetivos del paciente con resultados esperados por parte de la persona, familia o de los profesionales. Siendo necesario tener los resultados para poder evaluar la evolución de los cuidados proporcionados.
  - Determinando las actividades y acciones específicas del plan de cuidados que conciernen a la enfermera o a la familia para lograr los objetivos planteados.
  - Las actividades asignadas deberán registrarse y ser específicas en lo que hay que hacer, cuando y como hacerlo, donde y quien debe realizarlo.
  - Documentando y registrando el resultado.
  
- **Ejecución:** es la realización de las actividades planeadas, con una valoración continua de las respuestas del usuario para determinar la continuidad del plan. Con un registro de las actividades.
  
- **Evaluación:** consta de tres pasos a) valoración de la situación actual del usuario; b) comparación con los objetivos marcado y emisión de un juicio y c) mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> LUIS RODRIGO De la teoría a la practica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI pp14

## V.- CASO CLINICO

Se trata de un lactante del sexo femenino de 10 meses de edad, con una talla de 55cm, un peso de 12.200kg, un perímetro cefálico de 80cm, un perímetro torácico de 52, perímetro abdominal 63cm, siendo producto de la octava gestación de una mujer de 34 años de edad, a la cual se detectó hidrocefalia congénita, en el 5º mes de gestación, con interrupción de embarazo al 7º mes, por medio de Qx. Cesárea obteniendo producto único vivo que respiró y lloró al nacer, se desconoce apgar y somatometría.

Requiriendo de hospitalización e incubadora por dos semanas, donde se observó agrandamiento de la región occipital presentó deformación del occipucio y posteriormente crecimiento progresivo del perímetro cefálico, permitió, por su evolución, sospechar que se trataba de una hidrocefalia congénita; gracias a la neurorradiología, con resonancia magnética y la tomografía axial del cráneo, se puede hacer un diagnóstico más preciso y poner en evidencia algunos síndromes que se asocian a este problema.

Durante su estancia hospitalaria se le realizó la colocación de válvula ventrículo peritoneal.

Al nacer presentó un perímetro cefálico de 55cm, a los 2 meses baja a 42 cm. en el 3º mes aumento a 61 cm. A partir de esta fecha el control médico deja de ser constante en el hospital que era atendida, desconociéndose el motivo, reanudando el control médico actualmente.

Cuadro actual lo inicia presentando un aumento progresivo de perímetro cefálico de 80cm, con úlceras de presión en temporales, hipertermia no cuantificable, vomito en proyectil e irritabilidad, por lo que es trasladada al centro médico siglo XXI al hospital de pediatría para su atención.

A su llegada se le realizan exámenes de laboratorio, tomografía, y placas de rayos X, con los siguientes resultados.

### Valores encontrados

- Leucocitos 12.50 x 10 e3/ul
- Neutrofilos % 39.20
- Linfocitos 52.90
- Monocitos 3.80
- Basofilos 1.20
- Albúmina 2.9

## **VI.- JERARQUIZACION DE NECESIDADES**

**1.-NECESIDAD DE MOVIMIENTO**

**2.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL**

**3.-NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION**

**4.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

**5.-NECESIDAD DE TREMOREGULACION**

**6.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**

**7.-NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN**

## VII.- PLANEACION Y EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES

### 1.-NECESIDAD DE MOVIMIENTO

Datos objetivos: crecimiento de cráneo desproporcionado, drenaje valvular en sutura coronal derecha a la altura del pabellón, sin capacidad de sostén por si misma, cuello corto en línea media con flexión de cuello hacia tras, dificultad para girarse sobre si misma, movimientos tónico clónicos en miembros torácicos y pélvicos, movimientos lentos, músculos contraídos reposo prolongado en cama.

#### **Diagnóstico de enfermería**

Deterioro de la movilidad física relacionado con contractura muscular, manifestado movimientos descoordinados, temblores, movimientos lentos.

#### **Objetivo**

Preparar al músculo para un mejor trabajo activo

#### **Intervención:**

- Realizando ejercicios pasivos de AM con los miembros afectados los miembros
- Realizando tracciones articulares
- Realizando estiramientos músculo-tendinoso

#### **Fundamentación:**

Los ejercicios pasivos de amplitud de movimiento mejoran la movilidad articular y la circulación<sup>1</sup>.

#### **Intervención:**

- Continuar con el horario de los medicamentos anticonvulsivos: Ácido valproico IV C/ 8 hr para disminuir los movimientos y temblores.

#### **Fundamentación:**

El régimen farmacológico prescrito, influye en el cumplimiento de este.

---

<sup>1</sup> CARPENITO planes de cuidados pp. 225

**Diagnóstico de enfermería**

Deterioro de la movilidad en la cama relacionada con drenaje valvular manifestado con contractura muscular en cuello y espalda

**Intervención:**

- Cuando el paciente esta en cama, tomar medidas para conservar un alineamiento
- Evitar periodos largos en la misma posición acostados

**Fundamentación:**

La inmovilidad prolongada y el deterioro de la función neurosensorial pueden producir contracturas permanentes<sup>2</sup>

**Intervención:**

- Elevar la cabecera de la cama a 30°

**Fundamentación:**

Una ligera elevación de la cabecera puede facilitar el drenaje venoso para reducir la congestión cerebrovascular<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> *Ibíd.* pp.225

<sup>3</sup> *Ibíd.* pp. 220

## 2.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos objetivos: agrandamiento cefálico desproporcionado, con un perímetro cefálico de 80 cm. Fontanela abombada y tensa, separación de suturas craneales, venas dilatadas, con presencia de ulceraciones en temporal izquierdo, sin datos de infección, drenaje de válvula al exterior de características: color ámbar, sin olor. Con catéter femoral izquierdo funcional sin datos de infección, Palidez de tegumentos, piel lisa y turgente, reposo prolongado en cama.

### **Diagnóstico de de enfermería**

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con reposo prolongado en cama manifestado por ulceraciones en temporales.

### **Objetivo:**

Que la paciente mejore la integridad de la piel.

### **Intervención:**

- Realizar cambios de posición cada 2 hrs.

### **Fundamentación:**

Los pacientes que guardan cama deben cambiarse cada 2hrs. Utilizando la posición dorsal, lateral derecha, lateral izquierda

### **Intervención:**

- Brindar cuidados en ulceraciones mediante: Limpieza, cubrir con aposito, evitar la presión directa.

### **Fundamentación:**

El calor y la acción mecánica estimula la circulación, disminuye la presión en los tejidos blandos y ayudan a desbridar la ulcera. Cubrirla así previene la entrada de microorganismos y fomenta la cicatrización<sup>4</sup>.

### **Intervención:**

- Colocación de almohada o dona

### **Fundamentación:**

El objeto principal de las almohadas consiste en proporcionar apoyo y elevación a ciertas partes del cuerpo.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Ibíd. pp. 560

<sup>5</sup> LEWIS fundamentos de enfermería pp. 506

**Intervención:**

- Mantener la piel limpia, seca e hidratada (evitando jabones agresivos y usando lociones hidratantes), mediante el baño diario con agua tibia, poniendo atención en pliegues y cuello.

**Fundamentación:**

La limpieza elimina microorganismos transitorios y secreciones corporales, proporciona comodidad, relajación y frescura.

La humedad en continuo contacto con la piel puede causar aumento en el crecimiento bacteriano e irritación.

La crema recubre la piel con una película aceitosa que reblandece y previene su agrietamiento.

El jabón disminuye la tensión superficial por lo que facilita la limpieza.

Algunos jabones contienen agentes antibacterianos que pueden modificar la flora natural de la piel.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> KOZIER Bárbara. Fundamentos de enfermería pp514-515

### 3.-NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

Datos objetivos: lactante que pesa 12.200kg, con una talla de 55cm. Barbilla húmeda, producción de saliva, labios intactos, lengua móvil, paladar intacto, mucosas orales hidratadas, succión y deglución lenta, con ausencia de piezas dentales, abdomen distendido, con visibilidad de asas intestinales y red venosa, con presencia de movimientos peristálticos, come despacio y en cantidades pequeñas, su alimentación es base de formula de seguimiento, papillas de frutas y verduras, cereal y jugos de frutas, ha presentado vómitos en algunas ocasiones.

#### **Diagnóstico de enfermería**

Alteración nutricional por defecto relacionado con patología manifestado por bajo peso y talla para la edad.

#### **Objetivo:**

Mantener una nutrición optima

#### **Intervención:**

- Alimentarla principalmente con formula de seguimiento complementada de papillas de frutas y verduras

#### **Fundamentación:**

La alimentación fundamental del lactante es ha base de leche con el complementaria de diversos alimentos.<sup>7</sup>

#### **Intervención:**

- Proporcionar en la dieta los nutrientes necesarios para una óptima nutrición: leche, huevo, carne, cereales, verduras, frutas.

#### **Fundamentación:**

Los niños necesitan alimentos de calidad y en cantidades adecuadas para alcanzar un crecimiento y desarrollo optimo.<sup>8</sup>

#### **Intervención:**

- Proporcionar alimentos coloridos, llamativos y de forma variada

#### **Fundamentación:**

La sedestación y la bipedestación le permitirán distinguir objetos, colores, manipular los alimentos<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> CRUZ M Tratado de pediatría, pp630

<sup>8</sup> *Ibíd.* pp623

<sup>9</sup> *Ibíd.* pp. 630

## **Diagnóstico de enfermería**

Riesgo de aspiración relacionado con náusea y vómitos

### **Objetivo**

Evitar una aspiración

### **Intervención:**

- Colocar al paciente con la cabecera de la cama a 30°

### **Fundamentación:**

Esta medida evita el reflujo gástrico por la acción de la gravedad.<sup>10</sup>

### **Intervención:**

- alimentar fuera de la cuna en posición semisentado

### **Fundamentación:**

Colocar al paciente en una posición sentada o semi sentada facilita por lo general la ingestión y previene la asfixia, en mejor medida que la posición yacente.<sup>11</sup>

### **Intervención:**

- A mitad de la toma y al finalizar ésta, colocar en posición erecta hasta conseguir que eructe

### **Fundamentación:**

La posición erecta puede hacer que el gas alcance su punto más alto en el estómago, facilitando de tal suerte su emisión por la boca (eructos).<sup>12</sup>

### **Intervención:**

- Alimentarlo en cantidades pequeñas y despacio

### **Fundamentación:**

El lactante sano es capaz de una succión efectiva, con reflejo del cierre anatómico de la glotis, la deglución de sólidos es impedida por movimientos de extrusión de la lengua.<sup>13</sup>

### **Intervención:**

- Alternar los lados cuando se alimenta con biberón

### **Fundamentación:**

El cambio de posición favorece la estimulación y coordinación bilateral.

### **Intervención**

- Eliminar los olores y visiones desagradables

### **Fundamentación:**

Esto disminuye la estimulación visual y olfatoria del centro del vómito.

---

<sup>10</sup> URDEN **Cuidados intensivos en enfermería** pp. 477

<sup>11</sup> CROSETTI **Michael fundamentos de enfermería** pp. 160

<sup>12</sup> LEWIS **Fundamentos de enfermería** pp154

<sup>13</sup> Ibid pp 630

#### 4.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos objetivos: se observa irritable, con llanto estridente, angustiada, en posición decúbito dorsal con ligera flexión de la cabeza, estancia prolongada en el hospital con periodos cortos de sueño siendo superficial.

##### **Diagnostico de Enfermería**

Alteración del patrón de sueño relacionando estancia prolongada en el hospital manifestada por irritabilidad, llanto estridente, angustia.

##### **Objetivo**

Mejorar la calidad de sueño

##### **Intervención:**

- Ayudar a que la paciente se relaje antes de dormir mediante actividades recreativas

##### **Fundamentación:**

Los niños frecuentemente tienen rituales de seguridad antes de dormir<sup>14</sup>.

##### **Intervención:**

- Proporcionar un ambiente tranquilo y libre de ruido.

##### **Fundamentación:**

El ambiente puede fomentar u obstaculizar el sueño. La presencia de estímulos no familiares impiden el sueño<sup>15</sup>.

##### **Intervención:**

- Revisar el pañal antes de dormir y colocarlo en una posición cómoda.

##### **Fundamentación:**

Los pañales secos, ropa suave y caliente y temperatura ambiental agradable fomentan el sueño.<sup>16</sup>

##### **Intervención:**

- Cantarle canciones de cuna, arrullar y mecer antes de dormir.

##### **Fundamentación:**

El acunarlo, arrullarlo y hablarle con voz suave, también facilitan el sueño<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> Ibid pp.611

<sup>15</sup> Ibid. pp.615

<sup>16</sup> LEWIS **Fundamentos de enfermería** pp. 618

<sup>17</sup> Ibid. pp.618

## 5.-NECESIDAD DE TREMOREGULACION

Datos objetivos: irritabilidad, falta de sueño, fiebre ocasional el bajo peso de acuerdo a la edad, presencia de movimientos tónico clónicos y temblores.

### **Diagnostico de Enfermería**

Riesgo de desequilibrio térmico relacionando con hidrocefalia

### **Objetivo**

Mantener un control térmico

### **Intervención:**

- Tomar la temperatura cada dos horas y registrar
- Buscar signos que indique incremento de hipertermia como:
- Escalofríos, taquicardia, intranquilidad, confusión, disnea, aumento de presión arterial, cefalea, llanto e irritabilidad.

### **Fundamentación:**

Las bacterias pueden actuar como agentes pirógenos, elevando el termostato del hipotálamo mediante la producción de pirógenos endógenos, que pueden mediarse a través de las prostaglandinas. Pueden aparecer escalofríos cuando hay un cambio brusco de temperatura en el hipotálamo. La fiebre alta aumenta las necesidades metabólicas y el consumo de oxígeno.

### **Intervención:**

- Realizando un control térmico por medios físicos
- Evitar el exceso de ropa
- Ministrar antipiréticos

### **Fundamentación:**

Es necesario reducir la temperatura corporal para disminuir el metabolismo y el consumo de oxígeno.

## **6.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**

Datos objetivos: válvula con drenaje al exterior en región temporal, posición en decúbito dorsal prolongado, irritabilidad, llanto, movimientos tónico clónicos.

### **Diagnósticos de enfermería**

Riesgo de oclusión de válvula relacionado con posiciones prolongadas

### **Objetivo**

Mantener el correcto funcionamiento de la válvula

### **Intervención:**

- La posición de la cabeza será neutra
- Elevación de la cama a 30°
- Cambiando de posición alterna sin obstruir la válvula.

### **Fundamentación:**

La posición neutra reduce cualquier compresión de las venas yugulares, que impedirán el flujo de salida venoso intracraneal, la elevación de la cama reduce la presión intracraneal

### **Intervención:**

- Evitar la flexión o rotación excesiva del cuello

### **Fundamentación:**

La flexión o rotación extrema del cuello altera la circulación al cerebro.

## **7.-NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN**

Datos objetivos: no ha logrado alcanzar un desarrollo óptimo de acuerdo a su edad, ya que no puede sostenerse sentada, no rueda sobre si misma, tiene carencia de piezas dentales, la emisión de sonidos es mínima.

### **Diagnostico de Enfermería**

Retraso en el desarrollo relacionado patología manifestado con motricidad disminuida

### **Objetivo**

Mantener el desarrollo motriz dentro de lo posible

### **Intervención:**

- Fomentar el desarrollo mediante actividades que fomenten como: tomar juguetes con las manos
- siga con la mirada a los objetos móviles
- fomentar la sujeción de objetos con las dos manos
- fomentar el juego con los pies por medio de cosquillas
- ayudar a sentarse con apoyo para mantener la cabeza
- que golpee un objeto con otro
- que tire juguetes
- fomentar a la introducción de alimentos picados
- fomentar la imitación de sonidos
- fomentar la realización de señales con las manos

### **Fundamentación:**

El desarrollo psicosocial se puede evaluar al observar la conducta del infante

El desarrollo cognoscitivo es un resultado de la interacción entre un individuo y su medio<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> LEWIS fundamentos de enfermería pp. 373

## VIII.- PLAN DE ALTA

### DIETA

- ✓ Enseñanza de técnicas de preparación de los alimentos
- ✓ Explicarle la importancia de la limpieza en todo el proceso
- ✓ Recordarles de las técnicas de almacenamiento de las papillas
- ✓ La preparación de puré de verduras se utiliza las verduras y hortalizas frescas del tiempo, cocidas en su punto.
- ✓ Se añade a estos purés carne de pollo o ternera y aceite.
- ✓ Para las papillas de frutas se utilizan frutas frescas y maduras.

### MEDICAMENTOS

De acuerdo a su indicación medica

### PREVENCION DE COMPLICACIONES

- Vigilar en todo momento el aumento de la presión intracraneal (aumento del perímetro cefálico)
- Vigilar el aumento de temperatura
- Vigilar el estado neurológico
- Vigilar la presencia de vómitos en proyectil.

### SINGOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

- ❖ Aumento de perímetro cefálico
- ❖ Hipertermia
- ❖ Vomito en proyectil
- ❖ Estado neurológico alterado

## **IX.- CONCLUSIONES**

La aplicación del proceso de enfermería en una paciente lactante con HIDROCEFALICA CONGENITA fue de gran importancia ya que, me permitió conocer mas acerca de la patología y el cuidado integral que requieren estos pacientes, para cubrir sus necesidades alteradas y la satisfacción de las mismas.

Tomando en cuenta que es un método sistemático y ordenado.

Viendo al paciente como un ser biopsicosocial que requiere un cuidado integral en todo momento por parte del personal de salud de la institución en la que se encuentra hospitalizada.

Considero que debiera

## X.- BIBLIOGRAFÍA

ALFARO, Rosalinda.

**“Aplicación del Proceso de Enfermería”**

ED. Doyma, Barcelona, España, 1998

CARPENITO.

**“Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería”.**

1ª edición. Editorial Interamericana de España McGraw-Hill 1994

Collière M. F.,

**Promover la Vida.**

Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1993, p.7

CORREA V / GOMEZ R / POSADAS R

**Fundamentos de Pediatría “ Generalidades y Neonatología”**

Tomo I 2ª ED. Corporación para investigaciones bibliográficas Colombia Medellín  
Colombia 1999

CRUZ HERNANDEZ MANUEL

**TRATADO DE PEDIATRIA**

9ª ED. VI Y VII Ergon 2006 Madrid

DERKO, Rober, J. Fletcher Andrew.

**“El Manual Merk”**

Edito. Doyma, 1995

FERNANDEZ / FERRIN, Gloria Novel Marti

**“Proceso Atención de Enfermería en Estudios de Casos”.**

1ª edición. Editorial Científica y Técnicas S.A. Masson Salvat 1998

IYER P. TAPACHI B.

**Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería.**

Mc Graw Hill 2ª Ed. Madrid 1993 p. 13

MARRINER, RAILER

**Modelos y teorías en enfermería**

4ª ED. Mosby Madrid 1999

NANDA. (2003) “

**Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación 2003-2004”**

Elsevier España S.A.

RODRIGO FERNANDEZ, NAVARRO

**De la teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI**

2ª ED. Masson España

ROPER, LOGAN, ALISON

**Modelos de Enfermería**

3ª ED. México Interamericana Mc Graw- Hill

Clasificación de Etiquetas diagnosticas

<http://www.nanda.org>. Rev. 24-09-04

Jean D. E. (1997) Enfermería Maternoinfantil.

Ed. Mosby / Doymas Libros España 749 pp. Dueñas. E.S. El proceso de atención enfermería.

<http://www.teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm> Rev. 24-09-04

Iyer P. (1999) Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería.

Interamericana Mc Graw-Hill. México. p. 3-21 Internet. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El [Proceso](#) de Atención de Enfermería. [http://](http://www.aibarra.org/)

[www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril Pag 15, 16,17.

**GUIAS DIAGNOSTICAS DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA**

Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - [Vista](#)

EPIDEMIOLOGÍA: La **hidrocefalia congénita** en México se presenta con una ...

FISIOPATOLOGÍA: La **hidrocefalia congénita** se origina por un obstáculo en la ...

[www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/.../pdf/.../5hidrocefalia\\_congenita.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/.../pdf/.../5hidrocefalia_congenita.pdf) -

[Similares](#)

de C CLÍNICO - [Artículos relacionados](#)

## XI.- ANEXOS

### VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

#### VALORACIÓN DEL NIÑO

##### 1) DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: M. F. F. EDAD: A 0 M 10/ D 15

SEXO: Femenino FECHA DE INGRESO: 3 – 09- 2009 RELIGIÓN: Católica

EDAD DE LA MADRE: 34 años PROCEDENCIA: Guerrero

FUENTE DE INFORMACIÓN: entrevista MIEMBROS DE LA FAMILIA: 7

Hermanos

DOMICILIO:   

##### 2) COMPOSICIÓN FAMILIAR

| PARENTESCO | SEXO  | EDAD | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN   |
|------------|-------|------|-------------|-------------|
| T. F.      | Fem.  | 34   | secundaria  | ama de casa |
| J. M.      | Masc. | 36   | secundaria  | obrero      |
| Mª G. M F. | Fem.  | 13   | secundaria  | estudiante  |
| R M. F.    | Fem.  |      |             | finada      |
| P. M. F.   | Masc. | 10   | primaria    | estudiante  |
| A. M .F.   | Masc. | 9    | primaria    | estudiante  |
| T. M. F.   | Fem.  | 7    | primaria    | estudiante  |
| A. M. F.   | Masc. | 5    |             |             |
| P. M. F.   | Masc. | 3    |             |             |

CASA PROPIA: Si RENTADA: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_  
N° DE CUARTOS: 3 ILUMINACIÓN: \_\_\_\_\_ VENTILACIÓN: Si  
CONSTRUCCIÓN: Tabique PISO: Cemento  
AGUA: Potable dentro SANITARIOS: 1 Cuarto de baño sin regadera  
MANEJO DE BASURA: Recolectada por el camión

### 3) ANTECEDENTES PRENATALES

PRODUCTO DE LA GESTA: 8º MESES DE GESTACIÓN: 7 Meses  
HERMANOS NACIDOS VIVOS: 6  
CON ALGÚN ANTECEDENTE PATOLÓGICO: Ninguno  
ATENCIÓN PRENATAL: Cuatro consultas  
PARTO ATENDIDO EN: Hospital regional  
PATOLOGÍAS QUE HAYA PRESENTADO LA MADRE DURANTE EL  
EMBARAZO: infección de vías urinarias con tratamiento

### 4) ANTECEDENTES PERINATALES

HORAS DE INICIO DE PARTO: 12HRS. TIEMPO DE PARTO: 45MIN.  
LLORO AL NACER. SI  
APGAR: Desconoce Y A LOS 5 MINUTOS: Desconoce  
SILVERMAN: Desconoce  
OTROS:  
MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN:

### 5) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ESQUEMA DE VACUNAS: completo TAMIZ NEONATAL: negativo  
DESARROLLO: SOSTIENE LA CABEZA: no SIGUE LOS OBJETOS CON LA  
MIRADA: si  
BALBUCEA: mínimo GATEA: no CAMINA: no  
SOSTIENE LOS OBJETOS CON LAS MANOS: si  
DESTETE: continúa ABLACTACIÓN: a los 4 meses  
SENO MATERNO: los 3 primeros meses

PESO AL NACER: 2,280G. PESO ACTUAL: 12, 200KG.

**DENTICIÓN:** INICIAL A LOS 9 meses

ACTUALMENTE TIENE 4 PIEZAS DENTARIAS,

EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES: 4 incisivos: 3 superiores y un inferior bien implantados

AGUDEZA AUDITIVA: sigue los sonidos

## **6) ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES PATOLÓGICOS**

HERMANOS: 6 hermanos aparentemente sanos

PADRES: aparentemente sanos

ABUELOS PTERNOS: abuelo paterno finado de cirrosis, abuela hipertensa controlada

MADRE: aparentemente sana

ABUELOS MATERNOS: abuela materna aparentemente sana

## **7) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

**8) PADECIMIENTO ACTUAL:** hidrocefalia congénita

## **9) EXPLORACIÓN FÍSICA**

INSPECCIÓN: cráneo: se observa macrocefalia, fontanela abombada tensa, suturas separadas y con pulso disminuidos

Cuello: corto con rigidez en la nuca

Tórax: simétrico

Miembros superiores: delgados con ligera flexión en las articulaciones de los codos, manos pequeñas con dedos cortos, uñas delgadas y frágiles

Abdomen distendido visibilidad de asas intestinales y red venosa

Miembros inferiores: delgados con ligera flexión en las rodillas pies pequeños sin arco plantar

Genitales: de acuerdo ala edad labios rosados, ligeramente pegados entre si ligera secreción blanquecina

PALPACIÓN: \_\_\_\_\_

AUSCULTACIÓN: \_\_\_\_\_

PERCUSIÓN: \_\_\_\_\_

**SIGNOS VITALES:** PULSO: 130x', \_\_\_\_\_ RESPIRACIÓN: \_\_\_\_\_ 38x

TEMPERATURA: 36.6° T/A: 90/60 mgh.

**SOMATOMETRÍA:** PESO: 12.200kg. TALLA: 55cm.

PERÍMETRO CEFÁLICO: 80cm. PERÍMETRO TORÁXICO: 52cm.

PERÍMETRO ABDOMINAL: 63cm.

BRAQUIAL: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

## 10.- VALORACIÓN DEL NIÑO CON BASE EN SUS NECESIDADES

**1.-OXIGENACIÓN:** coloración rosada, llenado capilar de 3seg, frecuencia respiratoria de 38x' diafragmática rítmica, monitorización de saturación por medio oxímetro sensorial, micro nebulizaciones con salbutamol c/8 hrs.

**2.-NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:** barbilla húmeda, producción de saliva, labios intactos, lengua móvil, paladar intacto, mucosas orales hidratadas, succión y deglución sin problemas, con ausencia de piezas dentales, abdomen globoso blando, con visibilidad de asas intestinales y red venosa, movimientos peristálticos, come despacio y en cantidades pequeñas, su alimentación es base de formula de seguimiento, papillas de frutas y verduras, cereal y jugos de frutas, ha presentado vómitos en algunas ocasiones, con catéter femoral funcional para la introducción de soluciones parenterales.

**3.- ELIMINACIÓN:** el área genital es de acuerdo a la edad, observándose una ligera irritación perianal, las evacuaciones son pastosas de color amarillo, las micciones son abundantes y claras, el lcr de la derivación es claro y sin olor

**4.-MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA:** cuello cortó en línea media, con cabeza sostenida sobre la cama, sin capacidad para sostenerla por si misma debido al tamaño, movimientos un tanto descoordinados, reposo prolongado

en cama en posición decúbito dorsal con ligera flexión de cráneo asía tras, con dificultad para girarse en la cama, movimientos tónico clónicos en todo el cuerpo con predominio y frecuencia temblores finos en miembros torácicos y pélvicos, retraso en el desarrollo motriz.

**5.-DESCANSO Y SUEÑO:** se observa irritable, con llanto estridente, angustiada, en posición decúbito dorsal con ligera flexión de la cabeza, estancia prolongada en el hospital con periodos cortos de sueño siendo superficial.

**6.-USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:** viste solo un pañal por los picos febriles ha presentado y por las noches se le cubre con un cobertor.

**7.-TERMORREGULACIÓN:** presenta 36.6°c y en ocasiones ha presentado picos febriles.

**8.-HIGIENE Y PROTECCIÓN:** presenta agrandamiento cefálico desproporcionado, con un perímetro cefálico de 80 cm. fontanela abombada y tensa, separación de suturas craneales, venas dilatadas, con presencia de ulceraciones de 3cm. de diámetro en temporal izquierdo, sin datos de infección, drenaje de válvula ventrículo peritoneal al exterior de características: color ámbar, sin olor, con catéter femoral izquierdo funcional sin datos de infección, palidez de tegumentos, piel lisa y turgente, reposo prolongado en cama.

**9.-EVITAR PELIGROS:** existe el riesgo de bronco aspiración debido a los vómitos que presenta, las posiciones prolongadas no le favorecen, la movilización en exceso es riesgosa para ella.

**10.-COMUNICARSE:** emite pocos sonidos, se irrita fácilmente con la manipulación se observa que la familia es disfuncional ya que solo madre esta con ella, el padre y los hermanos se encuentran en su lugar de origen, se observa cierta apatía de parte de la madre ya que no le habla mucho y es poco cariñosa.

**11.-VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS:** tiene varias estampas religiosas y objetos de la religión católica

**12.-TRABAJAR Y REALIZARSE:** no ha logrado alcanzar un desarrollo óptimo de acuerdo a su edad, ya que no puede sostenerse sentada, no rueda sobre si misma, tiene carencia de piezas dentales, la emisión de sonidos es mínima

**13.-JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:** es una niña nulas  
actividades lúdicas

---

**14.-APRENDIZAJE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **HIDROCEFALIA**

Es un trastorno cerebral caracterizado por exceso de líquido cefalorraquídeo en el interior de los ventrículos cerebrales, esta acumulación de líquido aumenta la presión en el interior de la cavidad intracraneal y comprime el cerebro lesionándolo en ocasiones de forma irreversible.

### **HIDROCEFALIA CONGENITA**

Se produce por malformaciones durante la gestación, que impiden la circulación del líquido cefalorraquídeo, como la malformación de Arnold-Chiari o la estenosis del “acuoducto de Silvio”. Es una enfermedad frecuente ya que afecta aproximadamente a 5 de cada 10,000 niños nacidos.

El sistema ventricular está hecho de cuatro cámaras que almacenan la mayor parte del líquido cerebro espinal que hay en la cabeza. Las dos cámaras superiores son llamadas ventrículos lateral derecho e izquierdo. Ellos conectan el tercer ventrículo o cámara, el cual drena dentro del cuarto ventrículo.

El líquido cerebroespinal es un líquido similar al agua que actúa como amortiguador del cerebro dentro del cráneo. Este también filtra los desechos del tejido dentro y alrededor del cerebro.

El líquido cerebro espinal se forma en las paredes de los ventrículos. El líquido fluye desde arriba del ventrículo superior bajando al ventrículo inferior y luego sobre la superficie del cerebro y alrededor del cordón espinal. El líquido cerebro espinal es absorbido por encima de la superficie del cerebro hacia el torrente sanguíneo.

La hidrocefalia tiene dos causas básicas: el torrente sanguíneo no está absorbiendo completamente el líquido debido al filtro dañado en el cerebro y/o el flujo del líquido dentro de los ventrículos está bloqueado.

Cualquier bloqueo significativo en el sistema ventricular causa hidrocefalia ya que el líquido cerebro espinal se forma allí. Este bloqueo puede ocurrir debido al incremento de restos que bloquean el flujo del líquido o porque la abertura del sistema ventricular es más pequeña que lo normal.

## **PATOFISIOLOGIA Y ETIOLOGIA.**

La hidrocefalia congénita puede ser de origen diverso; algunas veces la causa es determinada genéticamente, en tal caso la mayoría de las veces puede corresponder a tres malformaciones: estenosis del acueducto de Silvio, malformaciones de Arnold-Chiari y síndrome de Dandy-Walker.

La hidrocefalia congénita se presenta desde que se produce el LCR en el embrión; es decir, desde la sexta semana hasta octava la semana, etapa donde normalmente se aperturan los agujeros de Luschka y de Magendie. En estas dos semanas se ha observado que los embriones tienen un engrosamiento dorsal, debido al uso del sistema venoso craneo cervical posterior, que permite el descenso del LCR, aun sin el mecanismo de sifón que tienen las venas yugulares del lactante.

## **DIAGNOSTICO**

**PRENATAL.** Madre con polihidramnios, control ultrasonido fetal demostrará macrocefalia con medición de ventrículos más de lo normal, el control radiológico puede confirmar la macrocrania cuando no se cuente con ultrasonido o ecógrafo. Se pueden encontrar niveles altos de alfa feto proteína sérica materna o del líquido amniótico.

**POSTNATAL.** Prematuro o neonato a término, 40 semanas, con macrocrania, mayor del percentil 75; es decir, más de 36 cm.

**LACTANTE.** Con creciente macrocrania determinada con medición circunferencial craneal, correlacionando esta medida con la ESCALA DE BOYD, útil hasta los tres años de edad, donde el perímetro craneal (PC) normal en relación a la talla del niño. Radiografías, TAC, tomografía axial computarizada cerebral y de la RMN-resonancia magnética nuclear, ecografía transfontanelar, para demostrar los diversos grados de hidrocefalia, midiéndose el tamaño ventricular y de manto cerebral.

## SIGNOS DE LA HIDROCEFALIA

Los síntomas de la hidrocefalia varían dependiendo de la edad del paciente.

- ✓ A los bebés de menos de un año se les deforma la cabeza significativamente. Los huesos del cráneo, unas finas láminas óseas que todavía no se han fusionado entre sí, están conectados por un tejido fibroso denominado suturas. En los bebés, estas suturas, también conocidas como "puntos blandos", todavía no se han endurecido y, por lo tanto, se dilatan y sobresalen debido a la presión ejercida por el exceso de líquido cefalorraquídeo.
- ✓ Consecuentemente, un bebé con hidrocefalia tendrá la cabeza deformada generalmente mucho más grande que otros bebés de la misma edad. Otros signos de la hidrocefalia en lactantes son:
  - ✓ Abombamiento de las fontanelas
  - ✓ Suturas "separadas" o "abiertas" con existencia de una separación excesiva entre los huesos del cráneo adyacentes
  - ✓ Crecimiento rápido del perímetro craneal
  - ✓ Venas inflamadas detectables a simple vista
  - ✓ Los ojos pueden estar desviados hacia abajo, con la esclerótica (parte blanca del ojo) visible por encima del iris (parte coloreada del ojo), confiriéndoles una apariencia de "puesta de sol"
  - ✓ Dependiendo de la gravedad del trastorno, los bebés también pueden experimentar somnolencia, irritabilidad, vómitos y convulsiones. En casos extremos, también pueden tener "retraso del crecimiento", es decir, pueden tardar más tiempo del normal en alcanzar los hitos evolutivos o experimentar "regresiones", volviendo a comportamientos propios de etapas evolutivas previas.

## TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en restablecer la circulación y absorción del líquido cefalorraquídeo comunicado entre sí en las vías por las que circula, extirpando el tumor o lesión que obstruía estas vías, derivando el líquido cefalorraquídeo fuera de la cavidad craneal a otros lugares del cuerpo donde se pueda reabsorber fácilmente a la sangre como la cavidad abdominal a la aurícula derecha del corazón.

Mediante una válvula que impida el reflujo al cerebro.

En ocasiones se puede salvar la obstrucción entre los ventrículos cerebrales mediante una ventriculostomía.

En la actualidad el tratamiento quirúrgico de la hidrocefalia es gratificante, ya que con intervenciones relativamente sencillas, se pueden recuperar y prevenir deterioros intelectuales y déficit neurológicos importantes. Los avances en el diagnóstico y tratamiento de la hidrocefalia han permitido una reducción drástica de la mortalidad y una mejoría importante de la calidad de vida, así como, de la situación neurológica y mental de la mayoría de los pacientes.

## LACTANTE

Se le llama lactante al niño después de el mes de nacido, con un peso aproximado de 3500 a 4 Kg. Y con una talla de mas de 50cm. Sigue con la mirada los objetos, duerme y despierta en forma mas definida.

A los tres meses muestran agrado por las personas con las que habitualmente convive y disgusto por las personas extrañas a su entorno, lo que va afirmando su seguridad en esta etapa alcanza un peso de 5 a 6 Kg. y mide de 58 a 60 cm. Sujetan algún objeto con la mano, muestran sonrisa en respuesta a los estímulos, en esta etapa su postura es generalmente de forma vertical.

Al cuarto mes alcanza un peso de 6.5 y una talla de 63cm. A esta edad dominan el entorno manifestando a grado o desagrado.

Al quinto mes pesa 7kg. Y mide 65cm. Aquí su postura es simétrica, sostiene la cabeza bien balanceada cuando se le coloca en posición vertical y es capaz de rodar sobre si mismo.

Del sexto al octavo mes pesa 7.5 a 8,300 Kg. y mide de 67 a 70 cm. su coordinación de movimientos de la mano la permite pinzar objetos con los dedos y pasar objetos de una mano a otra, puede permanecer sentado con la cabeza erguida, para posteriormente sentarse con el apoyo de sus manos, brinca activamente al colocarlo en posición vertical, al estar acostado boca arriba levanta la cabeza y agarra objetos con manos y piernas, es capaz de gritar y golpear, en el octavo mes se pone de pie utilizando las manos, es capaz de llevarse los pies a la boca y acariciar su imagen en el espejo.

A los nueve meses pesa 8.5 y 9kg llega a medir 72cm, se sienta solo, su coordinación es buena, gatea libremente con manos y pies, se pone de pie sin ayuda y puede dar algunos pasos apoyándose con los muebles o con ayuda de alguien, también aparecen los dientes caducos siendo los primeros en brotar los incisivos medios inferiores, para mas tarde los medios superiores y los laterales superiores, de ahí los incisivos laterales inferiores, los premolares, los caninos y los segundos premolares, respectivamente.

Al año de edad pesa mas de 9kg y mide 75 a 76 cm. participa en juegos sencillos y toma objetos cuando se le indica, la mayoría de las satisfacciones las obtiene a través de la boca, y el no lograrlo le produce ansiedad, que puede ser el inicio de trastornos de la personalidad que persisten durante toda la vida.