



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA**

**LACTANTE MENOR  
CON ALTERACION EN LA NECESIDAD  
DE OXIGENACION SECUNDARIO A NEUMONIA**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL**

**PRESENTA:  
LEO. JUAN GABRIEL SANDOVAL BALANZARIO**

**TUTOR CLINICO Y ACADEMICO:  
E.E.I. ALMA ADRIANA GRANADOS MENDEZ.**



**MEXICO D.F.**

**ENERO 2010**



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.

# INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	2
III. SELECCIÓN Y DESCRIPCION DEL CASO.....	3
3.1. Ficha de identificación.....	3
3.2. Motivo de consulta.....	4
3.3. Descripción del caso.....	4
Antecedentes familiares no patológicos.....	4
Antecedentes perinatales.....	4
Antecedentes familiares patológicos.....	5
3.4. Dinámica familiar.....	5
3.5. Descripción de la familia.....	6
3.6. Mapa familiar. (anexo)	
3.7. Crecimiento y desarrollo.....	6
3.8. Antecedentes personales patológicos.....	7
IV. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO.....	9
4.1. Antecedentes (estudios relacionados).....	9
4.2. Paradigmas.....	12
4.3. Virginia Henderson y sus 14 necesidades.....	14
4.4. Proceso enfermería.....	30
4.5. Relación del proceso de enfermería con Virginia Henderson.....	48
4.6. Daños a la salud (fisiopatología).....	51
4.7. Consideraciones éticas.....	58



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.

V. METODOLOGIA.....	70
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERIA.....	71
6.1. Valoración de enfermería.....	71
6.2. Jerarquización de necesidades.....	78
6.3. Necesidades alteradas, diagnósticos, objetivos y plan de intervenciones, fundamentación y evaluación de las intervenciones .....	84
VII. PLAN DE ALTA.....	130
VIII. CONCLUSIONES.....	132
IX. BIBLIOGRAFIA.....	133
X. ANEXOS.....	136
• Mapa familiar.	
• Consentimiento informado.	
• Ejercicios de estimulación temprana para edad de 1 a 3 meses.	
• Cedula de valoración.	

## I. INTRODUCCION

La realización del estudio de caso con el proceso enfermero en enfermería ha ido ganando gran terreno en el ámbito laboral y profesional de las enfermeras; dado que es importante su aplicación para brindar una buena atención de calidad y calidez a las personas que lo necesitan, con un enfoque biopsicosocial y espiritual.

Aunque aplicar un estudio de caso con proceso enfermero en enfermería no ha sido fácil, ya que se encuentra mucha resistencia por parte del personal de enfermería para su ejecución, pues lo consideran laborioso y muy complicado; las instituciones de salud lo han estado introduciendo e implementando poco a poco, obligando al personal renuente y no renuente a hacerlo, dándoles una previa capacitación.

Considerando que si al realizar un estudio de caso en enfermería con el apoyo de un modelo de alguna teórica del cuidado, se podrá ejercer la atención de una manera más sencilla y con un objetivo establecido, además de dar un toque profesional que hable muy bien del trabajo por parte del personal de enfermería.

El presente estudio de caso fue elaborado para dar una atención de enfermería por medio del proceso enfermero, a un paciente pediátrico de 3 meses de edad, que cursa con un padecimiento de neumonía; conociendo su historia clínica y así evaluar y solucionar las necesidades en las que se encuentra, por lo que para la aplicación de dicho proceso, se ha basado en el modelo de la teórica Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas; en donde dichas necesidades son jerarquizadas de acuerdo a la evolución biopsicosocial del paciente y que de acuerdo a la patología que presenta, sobresale la necesidad de oxigenación como la más afectada. Se hace además una breve descripción de la patología y fundamentaciones teóricas basadas en artículos publicados.



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.

# I. OBJETIVOS

## Objetivo General:

Elaborar un estudio de caso a un lactante, con alteración en la necesidad de oxigenación, secundario a neumonía tomando como base la filosofía de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas. Para lograr por medio del proceso enfermero, la recuperación y mejoramiento de la salud del paciente; y ayudarlo a integrarse a su vida familiar de forma independiente, evitando lo mejor posible secuelas o alteraciones en su salud y entorno biopsicosocial y espiritual.

## Objetivos Específicos:

1. Valorar las necesidades básicas de un paciente lactante aplicando las diferentes técnicas y métodos para la recolección de datos.
2. Elaboración de diagnósticos de enfermería, tanto reales como potenciales, de acuerdo a las necesidades detectadas del lactante, utilizando las etiquetas diagnósticas de la taxonomía de la NANDA y el formato PES.
3. Elaborar la planeación de las acciones de enfermería a seguir, que contribuyan a solucionar o disminuir las necesidades identificadas durante la estancia hospitalaria del paciente.
4. Ejecutar las intervenciones de enfermería especializadas planeadas.
5. Evaluar el resultado obtenido, con la aplicación de intervenciones de enfermería planeadas, y conocer los logros del paciente.



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.

### III. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE CASO

#### 3.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: H. R. A.

FECHA DE NACIMIENTO: 9 DE JULIO DEL 2008.

SEXO: MASCULINO      EDAD: 3 MESES

PROCEDENCIA: ECTEPEC ESTADO DE MEXICO

EDAD DEL PADRE: 23 AÑOS

NOMBRE DE LA MADRE: HERNANDEZ ROJAS LEONOR

EDAD DE LA MADRE: 24 AÑOS

ESCOLARIDAD DEL PADRE: BACHILLERATO

LA INFORMACION ES PROPORCIONADA POR: LA MADRE

DOMICILIO: VALLE DE CHALCO S/N

PROCEDENCIA: DISTRITO FEDERAL      TELEFONO: 26-45-35-83

DIAGNOSTICO MEDICO: FISTULA DE BLALOCK TOUSSAINT MAS NEUMONÍA  
COMUNITARIA.

SEDE: INP      SERVICIO: CARDIO-TÓRAX      REGISTRO: 458542

FECHA DE ENTREVISTA PARA ESTUDIO DE CASO: 22 DE OCTUBRE DEL  
2008      HORA: 13:20 HRS.



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.

### 3.2. MOTIVO DE CONSULTA

Inicia su padecimiento el 19 de octubre del 2008, con diaforesis, cansancio, letargia, tos seca, no cianozante, no disneizante, no hemetizante. Un cuadro de insuficiencia cardiaca franca, con sospecha de foco infeccioso a nivel pulmonar. INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS el 21 de octubre del 2008.

### 3.3. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 3 meses de edad con fistula de Blalock Toussaint, que cursa con neumonía bacteriana y en consecuencia presenta insuficiencia cardiaca.

Como **antecedentes familiares no patológicos**; Habita en casa propia, cuenta con pisos, paredes y techo de cemento. Cuenta con un solo cuarto y baño. Cuenta con agua, luz, drenaje, teléfono, televisión. No tiene mascotas. Su disposición de excretas es en baño con drenaje y agua.

Los ingresos económicos son de \$70 pesos diarios aproximadamente.

Su medio de transporte de su localidad es por medio de camiones y microbuses.

Como **antecedentes perinatales**, no presentó ningún problema, el niño es obtenido a las 39 semanas de gestación, con trabajo de parto irregular, sin dilatación ni ruptura de membranas, se decide cesárea por trabajo de parto prolongado lloró y respiró al nacer con appgar de 9/9, peso de 3,250 kg, y talla de 47cm.

Producto de gesta I, madre de 24 años, con fecha de última menstruación 13 de octubre del 2007, con fecha probable de parto el 20 de julio del 2008. Cursando embarazo normo-evolutivo, con seis consultas prenatales en el hospital de Ecatepec, ingesta de ácido fólico y hierro, con aplicación de vacuna de tétanos en

dos dosis. Curso con IVU en dos ocasiones (7 y 8 meses de gestación) con tratamiento médico. Niega amenaza de aborto y parto pretérmino.

#### **Antecedentes familiares patológicos**

Madre de 24 años de edad, escolaridad primaria, ocupación ama de casa, niega tabaquismo y alcoholismo, y con diabetes mellitus. Padre de 23 años de edad, escolaridad bachillerato, ocupación empleado eventual, niega tabaquismo y alcoholismo. Abuelo materno de 45 años de edad, con diabetes mellitus. Abuela materna de 45 años de edad con hipertensión arterial. Abuelos paternos, ambos con 47 años de edad, aparentemente sanos.

#### **3.4. DINAMICA FAMILIAR.**

Se niega uniones anteriores en los padres, quienes mantienen un noviazgo de 3 años, posteriormente deciden unirse, hasta el momento llevan 2 años juntos.

La madre describe a su pareja como una persona de carácter fuerte con ella, con el hijo es cariñoso y comprensivo, además es trabajador.

La madre se auto-describe como una persona trabajadora, comprensiva y de carácter sensible.

Cuando hay algún problema en la pareja, se trata de resolver platicando. Cada uno escucha la opinión del otro, se respetan y existe suficiente confianza para externar los gustos y desagradados.

Mientras el padre trabaja por las mañanas, la madre permanece en su casa realizando labores del hogar, y atendiendo las necesidades de su hijo.

Por la tarde cuando llega el padre de trabajar, comen juntos platicando sobre lo sucedido del día.

Ambos padres demuestran el cariño a su hijo jugando con él, lo abrazan, no le gritan, lo besan, le dicen que lo quieren.

Por los domingos visitan a los demás familiares o se la pasan en casa juntos.  
 La familia cuenta con el apoyo de la familia materna en el cuidado del hijo.

### 3.5. DESCRIPCION DE LA FAMILIA.

NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	RELACION FAMILIAR	ENFERMEDAD
LEONOR HERNANDEZ ROJAS (MADRE)	24	F	PRIMARIA	BUENA	DIABETES MELLITUS
ROBERTO ROMERO VIEYRA (PADRE)	23	M	BACHILLERATO	BUENA	APARENTEMENTE SANO.
JOSE LUIS HERNANDEZ DE JESUS (ABLO MAT)	45	M	PRIMARIA	BUENA	DIABETES MELLITUS
TERESA ROJAS MUÑOZ (ABLA MAT)	45	F	PRIMARIA	BUENA	HIPERTENSA
ALEJANDRO ROMERO (ABLO PAT)	47	M	PRIMARIA	BUENA	APARENTEMENTE SANO
TERESA VIEYRA (ABLA PAT)	47	F	PRIMARIA	BUENA	APARENTEMENTE SANA

### 3.7. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Se alimenta al seno materno y formula maternizada exclusivamente, 3 onzas cada 3 horas, en su desarrollo psicomotor; fija la mirada y sigue objetos. Sostén cefálico a los 3 meses, sonrisa social a los 3 meses, sedentación a los 4 meses, balbuceo a los 4 meses, no sostiene objetos con las manos.

No cuenta con vacunas por su edad y patologías a su nacimiento.

### 3.8. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Antecedentes de cianosis a los 7 días de vida extrauterina, niega transfusionales, alergias, traumatismos. La madre refiere con ingresos frecuentes hospitalarios; cierre de conducto arterioso, fistula de Blalock Toussaint, dehiscencia e infección de herida quirúrgica, colocación de catéteres safenos, sepsis y neumonía.

09-JULIO-2008

Paciente que inicia su padecimiento al nacimiento, respira y llora al nacer; a los 3 días de nacido le auscultan soplo cardiaco por lo que permanece hospitalizado en el hospital de Ecatepec, a la semana de vida extrauterina presenta periodo de cianosis que se recupera con el aporte de oxígeno. Se da de alta del hospital solo con indicación alimenticia sin complicaciones y con cita al INP. A los tres días de nacido le auscultan un soplo cardiaco a nivel precordial por lo que permanece hospitalizado.

30-JULIO-2008

Se diagnostica cardiopatía congénita cianógena de derecha a izquierda con obstrucción de circulación de la sangre de corazón a pulmón.

31-07-08 R.N. de término, con peso adecuado para edad gestacional con cardiopatía congénita cianógeno.

01-08-08 Cateterismo arterial para diagnosticar cardiopatía congénita.

Atresia pulmonar con persistencia de conducto arterioso grande.

04-08-08 Cierre de atresia. Fistula sistémico pulmonar Blalock Toussaint.

07-08-08 Dehiscencia de herida quirúrgica.

11-08-08 Mediastinitis. Septicemia por E. Coli.

Lavado quirúrgico de herida quirúrgica y colocación de equipo VAC.

13-08-08 Lavado quirúrgico y colocación de equipo VAC.

17-08-08 Sangrado de tubo digestivo alto.

19-08-08 Lavado quirúrgico y colocación de equipo VAC.

22-08-08 Cierre de herida quirúrgica.

26-08-08 Sépsis.

28-08-08 Infección de herida quirúrgica.

08-10-08 Colocación de catéter safeno derecho por punción bajo visión directa.

09-10-08 Colocación de catéter safeno derecho por venodisección.

22-10-08 Colocación de catéter yugular externo derecho por venodisección.

24-10-08 Neumonía comunitaria.

25-10-08 Estuvo hospitalizado en el servicio de cardiorax y por dificultad respiratoria ingresó al servicio de UTIP. Fue tratado con antibióticos, diuréticos y antihipersensitivos. Fue necesario apoyo ventilatorio con intubación endotraqueal

## IV. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO

### 4.1 ANTECEDENTES.

La realización de la búsqueda de artículos de investigación acerca del estudio de caso, se revisaron 25 de los cuales 5 se relacionan con el estudio de caso; en el aspecto del cuidado 3, en el aspecto patológico 2. De los cuales se comentan:

1. **“NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII EN VIH + UN PLAN DE CUIDADOS”**. (1)

Resumen: en el presente artículo su objetivo es la realización de un plan de cuidados de enfermería estructurado para pacientes con VIH, con la infección oportunista de **neumonía** y que tienen manifestaciones de distress respiratorio. En el plan de cuidados se desarrollan diagnósticos de enfermería.

*El presente artículo se relaciona con este estudio de caso no tanto por la patología en sí; sino por el desarrollo del plan de cuidados que se describe; ya que nos habla de neumonía y el tipo de técnicas y procedimientos que se llevan a cabo para la atención del paciente, que son muy parecidas, sino que las mismas que se aplican al paciente en este estudio.*

---

(1) Usach López, Ma. J. Enguidanos López. "Artículos científicos". Recuperado el 25 de mayo del 2009.  
<http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/articulos/articulos10.htm>



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.

## **2. “ASOCIACION ENTRE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN NIÑOS CON CARDIOPATIAS CONGENITAS”. (2)**

Resumen: para una adecuada asistencia de enfermería a los niños portadores de cardiopatías congénitas y neumonías, se debe llevar un proceso de pensamiento sistémico, esencial a la profesión y a la calidad de asistencia al paciente. Por lo que en el presente artículo se identifican los diagnósticos de enfermería con sus factores relacionados y los problemas colaboradores.

*Este artículo va de la mano en relación con el estudio de caso ya que nos habla de los diagnósticos de enfermería de la NANDA más frecuentes o más usados en pacientes con cardiopatía y recordemos que el paciente en estudio se encuentra con diagnóstico médico de neumonía comunitaria más cardiopatía congénita.*

## **3. “SEIS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA”. (3)**

Resumen: el presente artículo tiene como objetivo evaluar las evidencias que sustentan las recomendaciones de realizar o no determinadas prácticas de enfermería en el servicio de UCI.

*En la valoración de nuestro paciente en estudio se menciona que de acuerdo a su patología y a su dificultad respiratoria se presentó la necesidad de intubar al paciente con cánula endotraqueal y el uso de apoyo ventilatorio; es por eso que el presente artículo se relaciona con el estudio de caso pues nos hace pensar que si el paciente ya cursa con una neumonía el uso del ventilador podría alargar mas acaso la recuperación del paciente.*

---

(2) Martins Da Silva V. "Enfermería en cardiología". Universidad Ceará. Brasil. Recuperado. 25 05 2009.

(3) José Manuel Velasco Bueno. "Revista electrónica de medicina intensiva". Hospital costa del sol, Málaga. Recuperado el 25 de mayo 2009, de <http://remi.united.edu/2006/12/REMI1054.htm>

**4. "IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS CON MUERTES HOSPITALARIAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON NEUMONÍA COMUNITARIA". (4)**

Resumen: el objetivo de este artículo es conocer la letalidad por neumonía y sus factores relacionados en pacientes pediátricos hospitalizados.

*El presente artículo se relaciona con el presente estudio de caso ya que el paciente en este trabajo padece neumonía comunitaria; y esto nos ayuda además a conocer factores que puedan intervenir para llevar a cabo un buen plan de atención, conociendo los factores predisponentes que nos puedan llevar a la muerte del niño. Además que también nos apoya el presente artículo para prevenir la presencia de neumonía y dar una mejor atención con medidas preventivas en la comunidad.*

**5. "ESTIMACIÓN MUNDIAL DE LA INCIDENCIA DE NEUMONÍA CLÍNICA ENTRE LOS MENORES DE 5 AÑOS". (5)**

Resumen: el presente artículo nos permite conocer la incidencia por neumonía en niños menores de 5 años, que acuden a atención médica hospitalaria.

*Este artículo nos ayuda a comprender mejor el grado de vulnerabilidad que pueden tener los menores de 5 años, conocer la etiología y la epidemiología en la que se pueda presentar el problema. El paciente en estudio forma parte ya de la estadística de morbilidad en nuestro país, por lo tanto se debe dar una buena atención y educar con buenas medidas de prevención.*

---

(4) Jorge Manuel Sánchez, José Antonio López. Bol Med Hosp Infant Mex 2002; 59(12): 767-774 2002.

(5) RUDAN, Igor and who child health epidemiology reference group. "estimación mundial de la incidencia de neumonía clínica entre los menores de 5 años" Bull World H. 2004,v.82 n.12 895-903

## 4.2 PARADIGMAS

Desde hace muchos años las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan sus actividades de cuidado, para eso se ha examinado escritos de varias enfermeras teorizadoras y se ha reconocido que los conceptos: cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos.

Las grandes corrientes de pensamiento, o manera de ver o comprender el mundo han sido llamadas paradigmas.

Paradigma de categorización: ha inspirado dos orientaciones; una centrada en la salud pública interesada en la persona como en la enfermedad, y otra centrada en la enfermedad estrechamente unida a la práctica médica.

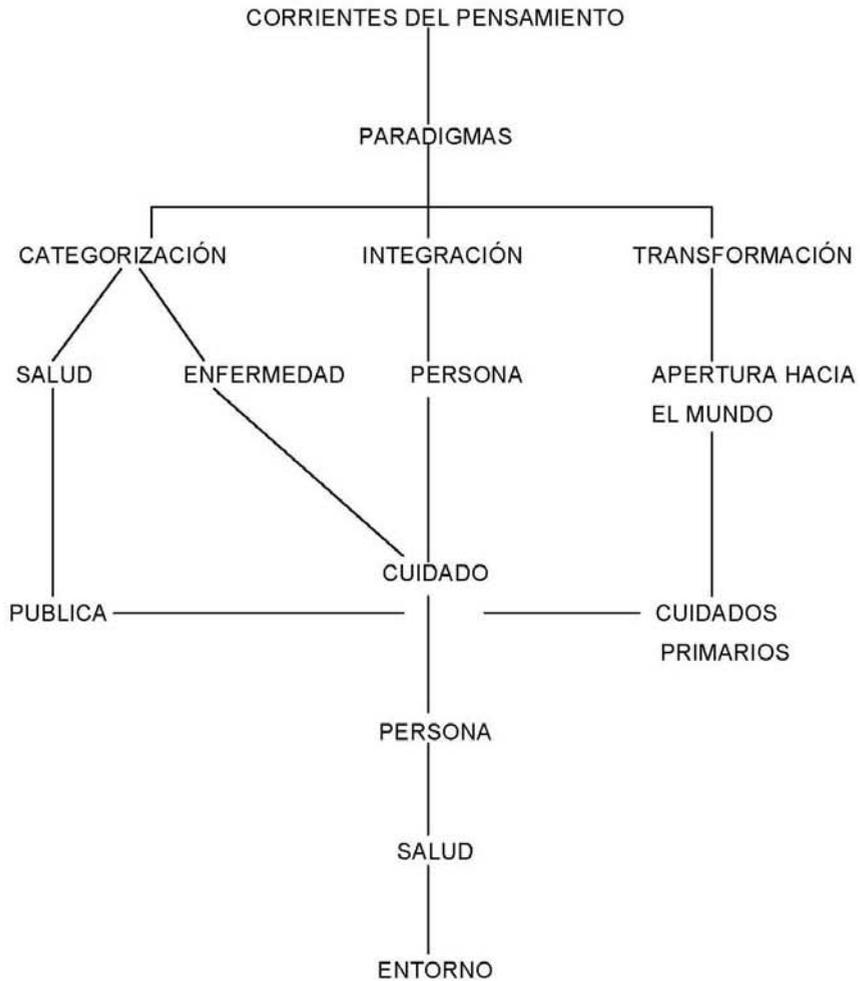
Paradigma de la integración: ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Paradigma de la transformación: es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

La escuela de las necesidades, ha intentado responder a la pregunta ¿Qué hace las enfermeras que no pueda hacer otro personal de salud?, según este modelo el cuidado está centrado en la independencia de la persona para satisfacer sus propias necesidades, o su capacidad de llevar a cabo su auto cuidado. Es decir la persona es remplazada por un tiempo por la enfermera para ayudar a realizar las actividades que no pueda realizar el individuo por sí solo, y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia. (6)

---

(6) KEROUAC, S.; Pepin, J. Ducharme, F.; Duquette, A. Major, F (2005) "Grandes Corrientes del pensamiento" capítulo 1, en: El pensamiento enfermero. Edit. Masson, Barcelona, España. Pp. 1-21



### 4.3 FILOSOFIA DE ENFERMERIA (MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri).

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

- 1960 su folleto: Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien editó durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.
- University of Western Ontario.
- Yale University.
- Old Dominion University.
- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emery University.
- Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

- 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

- 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996. (7)

Virginia Henderson se ubica en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia. (8)

---

(7). Henderson V.A. "The concepts of nursing journal of advanced nursing". Marzo 1978 pag. 24

(8).Virginia Henderson. Enfermeras teóricas. Recuperado el 28 de mayo del 2009 de <http://www.teleline.terra.es/aprtil>. Pag. 1-3

## FILOSOFIA

Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. El objetivo de la profesión enfermera es conservar y restablecer la independencia del individuo.

Henderson postula que la persona es todo un complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y sociocultural.

Según Henderson una necesidad es un requisito mas que una carencia y estas necesidades son: respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros de entorno, comunicarse con otras personas, practicar su religión, y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad.

Es necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

Henderson no pretendió elaborar una teoría de enfermería, sino lo que hizo fue crear un modelo enfermero donde ejerciera su profesión. (9)

---

(9). Luis Rodrigo, M. T. Fernández Ferrin, C.; Navarro Gómez, M.V. (2000) "modelos conceptuales enfermeros". En: de la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. Edit. Masson. Barcelona España. Pp.29-41

## ENFERMERÍA

La enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad, mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales, así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas fisiopatológicas.

***“La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo que contribuyan a la salud y a su recuperación, o a una muerte serena; actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimiento.***

A partir de esa definición, se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1. Persona. Necesidades básicas.
2. Salud. Independencia, dependencia, causas de dificultad o problema.
3. Rol profesional. Cuidados básicos de enfermería, relación con los equipos de salud.
4. Entorno. Factores ambientales, factores socioculturales.

## PERSONA (PACIENTE)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados:

1. Necesidad de respirar: es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.
2. Necesidad de beber y comer: es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.
3. Necesidad de eliminar: es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura: es una necesidad para todo ser vivo, movilizar todas las partes del cuerpo coordinadamente y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones

del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

5. Necesidad de dormir y descansar: es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente, a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse: este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de movimiento.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: esta debe conservar una temperatura más o menos constante para mantenerse en buen estado.
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos: para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad de que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.
9. Necesidad de evitar peligros: debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener su integridad física y psicológica.
10. Necesidad de comunicar: es una obligación que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes. Es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores: hacer gestos, actos conforme a su noción personal del bien y del mal y de la justicia y la persecución de una ideología.
12. Ocuparse para realizarse: este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permite desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.
13. Necesidad de recrearse: divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. Necesidad de aprender: necesidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud. (10)

Según Margot Phaneuf las necesidades básicas del individuo se relacionan entre sí; a continuación se mencionan:

NECESIDAD ALTERADA	NECESIDADES MAS AFECTADAS
Respirar	Beber y comer Moverse y mantener una postura adecuada Dormir y descansar Preocuparse de la propia realización Distraerse Respirar Eliminar
Beber y comer	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales Proteger los tegumentos  Beber y comer Dormir y descansar
Eliminar	Estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos Distraerse
Moverse y mantener una buena postura	Respirar Beber y comer Eliminar Dormir y descansar Vestirse y desnudarse Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos Evitar peligros

Dormir y descansar	Preocuparse de la propia realización Distraerse  Beber y comer Eliminar Preocuparse de la propia realización
Vestirse y desnudarse	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	Respirar Beber y comer
Estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos	Moverse y mantener una postura adecuada Vestirse y desnudarse
Evitar peligros	Moverse y mantener una postura adecuada Dormir y descansar Comunicarse con los semejantes
Comunicarse con los semejantes	Evitar los peligros Distraerse
Actuar según las propias creencias y valores	Beber y comer Vestirse Estar limpio y aseado, y proteger los

<p>Preocuparse de la propia realización</p>	<p>tegumentos          Comunicarse con los semejantes          Preocuparse de la propia realización</p> <p>Respirar          Eliminar          Moverse y mantener una postura adecuada          Dormir y descansar          Estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos          Comunicarse con los semejantes</p>
<p>Distraerse</p>	<p>Respirar          Beber y comer          Moverse y mantener una postura adecuada          Evitar peligros          Comunicarse con los semejantes</p>
<p>Aprender</p>	<p>Todas las necesidades. (11)</p>

(10) FERNANDEZ FERRIN, C, Novel Martí, G. "Valoración de las 14 necesidades básicas". Capítulo 2 en el proceso de atención de enfermería. Ed. Científicas y técnicas. Masson-Salvat. España, Pp.11-37

(11) Margot Phaneuf. La planificación de los cuidados enfermeros. Ed. McGraw-Hill Interamericana 1999. Pp.16-26

**SALUD:**

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano, (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas).

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como: Falta de fuerza, Falta de conocimiento o Falta de voluntad.

**LA SALUD. INDEPENDENCIA /DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.**

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano, (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas).

Las CAUSAS DE DIFICULTAD son obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Falta de fuerza: además de capacidad física, la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual lo determina el estado emocional, capacidad psíquica e intelectual.

Falta de conocimiento: a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad: incapacidad o limitación para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

INDEPENDENCIA: la capacidad de una persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas.

DEPENDENCIA: ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas. (12)

---

(12). Op. Cit. FERNANDEZ FERRIN, 11-37

(MARGOT PHANEUF)

### Niveles de dependencia e independencia.

Nivel 0: la persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable, que permite asegurar su homeostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.

Nivel 1: la persona necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia, para asegurarse de lo que hace bien o para que le preste alguna ayuda.

Nivel 2: la persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.

Nivel 3: la persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.

Nivel 4: la persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades, o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello.

Nivel 5: la persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello. (13)

---

13) Op. Cit. Margot Phaneuf. Pp.16-26

**ENTORNO:** Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo. Está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. El entorno coexiste con ella. Igual que la persona el entorno tiene su propio y constante cambio; tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible. Las preocupaciones actuales concernientes a las relaciones entre el ser humano y el planeta indican una toma de conciencia de esta constante interacción. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las intervenciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.

#### SUPUESTOS PRINCIPALES

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

## AFIRMACIONES TEORICAS

### Relación enfermera – paciente:

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

- La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

### Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

### Relación enfermera – equipo de salud:

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

#### 4.4. PROCESO ENFERMERO

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

Es el eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve cuidados humanísticos, centrados en objetivos (resultados).

*El proceso es:*

*Sistemático: como el método de solución de problemas, consta de cinco pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.*

Dinámico: a medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

Humanístico: Se basa en la creencia de que a medida que planifiquemos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad).



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.

Centrado en los objetivos (resultado): los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.

El proceso enfermero consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros.

#### I VALORACIÓN:

VALORACIÓN = Obtención de datos + Organización → Diagnostico  
Del paciente. Y análisis de enfermería.  
de la información.

Puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente.

Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente, por lo que es de suma importancia hacer participar en la recogida a los clientes, a los familiares y a otros profesionales que puedan intervenir durante la actuación enfermera.

La fase de la valoración debe ofrecer una base sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad. Así pues, es necesaria una valoración exacta y completa, lo que debe llevar al profesional de enfermería que valora a reunir todos, los datos que tenga a su alcance, procedentes de diversas fuentes. Estas fuentes pueden clasificarse como primarias y secundarias, identificando al propio paciente como primario, que se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes, en tanto en cuanto es él quien puede compartir con mayor precisión las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento. De otra parte, las fuentes secundarias serán todas aquellas personas o documentos a los que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el paciente. Estas, sin duda, son particularmente relevantes para la confrontación de los datos obtenidos del paciente. Sin embargo una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una intervención enfermera. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar; por lo tanto, es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar, marco que, a su vez, dependerá del Modelo Teórico de Enfermería que utilicemos para valorar al paciente. Independientemente del modelo empleado se utilizan tres técnicas principales para obtener información durante la valoración de enfermería.

Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

**VALORACIÓN FÍSICA:** La clave para llevar a cabo la valoración física es ser minuciosa y técnicamente hábil. Las habilidades para la valoración física incluyen lo siguiente:

- Inspección: observar cuidadosamente usando los dedos, ojos, oídos y olfato.
- Auscultación: escuchar con un estetoscopio.
- Palpación: tocar y presionar para comprobar la presencia de dolor y notar las estructuras internas, como el hígado.
- Percusión. Golpear con el dedo directa o indirectamente sobre la superficie corporal para determinar los reflejos (con un martillo de reflejos) o para determinar si hay líquido en la zona tratada (golpeando con los dedos sobre la superficie corporal).

La mejor manera de llevar a cabo una valoración física completa y sistemática es elegir una buena forma de organizar su enfoque y usarla consistentemente de modo que se convierta en automática.

Se debe de elegir un método para organizar la valoración por ejemplo cefalocaudal en este se valora:

- Estado neurológico
- Estado respiratorio.
- Estado cardíaco.
- Estado circulatorio
- Estado gastrointestinal.
- Estado genitourinario
- Estado de la piel.
- Estado musculoesquelético.

No debemos olvidar el control de pruebas diagnósticas y de laboratorio.

## II DIAGNOSTICO:

### CLASIFICACIÓN DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Problema de salud, REAL , POTENCIAL

Se ha de considerar este segundo paso como fase de la valoración, ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado.

Por tanto, el diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquel como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Debemos entender el diagnóstico, de forma general, como un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera.

Es importante no confundirlo con los objetivos definidos para el paciente, ni debe ser utilizado como sinónimo de las intervenciones enfermeras, pues si bien constituye la base para establecer objetivos y para planear intervenciones, posee unas características propias que le diferencian de esas actividades. En este sentido, el diagnóstico debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. Se requiere una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente emitir juicios inteligentes; por tanto, el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera, por lo que todos los profesionales de enfermería deben estar capacitados para realizarlo.

El diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos.

La Formulación Diagnóstica de Enfermería:

Es indispensable en el quehacer profesional, y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente para que se traduzca en una habilidad y una competencia del personal de enfermería.

Estas formulaciones son:

- Formulaciones diagnósticas reales (signos y síntomas definitorios).
- Formulaciones diagnósticas de riesgo (factores de riesgo sin características definitorias).
- Formulaciones diagnósticas posibles o probables (ausencia de características definitorias y factores relacionados).
- Formulaciones diagnósticas interdependientes.

Cada categoría diagnóstica consta de tres componentes:

- ✓ Título o etiqueta: que ofrece una descripción concisa del problema de salud.
- ✓ Características definitorias: grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en un diagnóstico en particular.
- ✓ Factores relacionados, etiológicos y contribuyentes: que identifican factores situaciones, patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema.

## FORMULACIONES DIAGNÓSTICAS DE ENFERMERÍA REALES:

Para escribir las formulaciones de los diagnósticos de enfermería reales se usa el formato PES, que incluye:

Problema	Etiología	Signos y síntomas
----------	-----------	-------------------

Evidentes en el paciente

El formato PES aplica el principio básico de identificación del problema y su etiología y agrega el concepto de validación.

Para escribir una formulación diagnóstica real, se debe unir el problema real con su etiología usando las palabras "relacionado con", añadiendo "manifestado por" o "evidenciado por" y escribir los signos y síntomas mayores que validen la existencia de ese diagnóstico.

## FORMULACIONES DIAGNÓSTICAS DE ENFERMERÍA DE RIESGO:

La formulación de los diagnósticos de enfermería de riesgo se escriben en dos partes:

Problema: identificación o expresión del problema potencial.

Etiología: agregado de "relacionado con" para unir el problema y los factores contribuyentes.

### III PLANIFICACIÓN.

Las intervenciones de enfermería dependen de las características del diagnóstico, del resultado deseado por el paciente, variabilidad, aceptación y capacidad del personal de enfermería.

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se dará inicio a la planificación; esta fase del proceso de enfermería es el acto de determinar qué puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le ayudará a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas.

Esta fase comprende tres pasos: establecimiento de prioridades, identificación de objetivos y planificación de las acciones de enfermería.

PLANIFICACIÓN = Establecimiento + Identificación + Intervención de prioridades de objetivos de enfermería
--

#### ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES O JERARQUIA DE NECESIDADES:

El proceso de establecer las prioridades inicia con la lista de los diagnósticos de enfermería entre el personal de enfermería y el paciente para determinar el orden en que deben resolverse los problemas de éste. (14)

---

(14) Susana Rosales y Eva Reyes. "Fundamentos de enfermería" Ed. Manual Moderno. D.F. 2001.

La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de cuidados de enfermería. Este establecimiento no significa que un problema debe resolverse completamente antes de poder considerar otro, ya que los problemas suelen tratarse de manera simultánea.

El hecho de elegir un diagnóstico como el más importante se basa en varios factores; por ejemplo, los problemas que ponen en peligro la vida, como son el deterioro grave o la pérdida de la función cardíaca, circulatoria, respiratoria o neurológica; es por ello que en una situación amenazante presente o inminente es prioritaria sobre una situación potencial de peligro para la vida.

El personal de enfermería, no solo debe resolver problemas del paciente en estado de enfermedad, sino también atender sus necesidades de salud.

Para el establecimiento de prioridades o problemas, la participación del paciente y su familia es fundamental, ya que la cooperación que puedan proporcionar en la identificación y jerarquización de sus necesidades será de inestimable valor para el personal de enfermería, pues de esta manera tendrá oportunidad de educar al paciente sobre su estado y poder obtener mayor cooperación para aliviar a su enfermedad.

## IDENTIFICACIÓN DE OBJETIVOS:

Una vez que se han determinado y jerarquizado las prioridades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para abordar los problemas o diagnósticos del paciente.

Trazarse objetivos es necesario, en primer lugar, para permitir conocer específicamente lo que desea lograrse; es decir, un objetivo describe un resultado futuro de una acción particular, que permita identificar el qué, cómo, cuándo y quién del actuar de la enfermera y paciente.

Existen requisitos o lineamientos para elaborar objetivos:

- ✓ Deben de estar centrados en el paciente y reflejar reciprocidad o empatía con las personas que apoyan su cuidado.
- ✓ Deben de ser realistas, reflejando las capacidades y limitaciones del paciente.
- ✓ Deben ser realistas de acuerdo con el grado de habilidad y experiencia del personal de enfermería.
- ✓ Deben ser congruentes y dar apoyo a otras terapias que el paciente este recibiendo.
- ✓ Deben iniciarse con los lineamientos a corto plazo.
- ✓ Deben de ser observables y medibles.
- ✓ Deben describirse en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.

Los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Son adecuados para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia.

Los objetivos a largo plazo requieren de un tiempo largo y existen dos tipos: el primero abarca un periodo prolongado y requiere acciones continuas de enfermería que median directamente entre el objetivo y su logro; el segundo tipo es aquel que se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. (15)

#### COMPONENTES DEL OBJETIVO:

- Se recomienda hacer un objetivo general que incluya la misma redacción del problema.
- Hacer objetivos específicos, uno por cada variable y hacer una meta por cada dimensión.
- Empezar con verbos en infinitivo
- Mencionar todas las dimensiones bio-psicosociales.

En cualquier caso, ya se trate de objetivos finales o intermedios; para que sean operativos o permitan valorar la eficacia de la intervención enfermera, deben tener los siguientes componentes:

1. Sujeto: quién tiene que lograr el objetivo. Dado que el plan de cuidados es del usuario, el sujeto está implícito y solo será necesario especificarlo cuando se trate de una persona distinta a él.
2. Verbo: qué debe hacer el sujeto para evidenciar que ha logrado el objetivo, lo que necesariamente conlleva el empleo de verbos de acción.

---

(15) Rosalinda Alfaro LeFevre. "APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO". Ed. MASSON. 5ª edición.2005.

## PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

El plan de atención de enfermería se considera como el núcleo o centro del proceso de enfermería, ya que en él se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas y por lo tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

El plan de cuidados de enfermería inicia con el enunciado del diagnóstico de enfermería y avanza hacia los objetivos. Una vez identificados éstos, se seleccionan acciones específicas de enfermería para ayudar al paciente a alcanzar dichos objetivos, siendo este el fundamento o punto central de la atención del personal de enfermería.

Un plan bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado del personal. Es una fuente central de información para todos los que intervienen en la atención del paciente y, por tanto, es el medio primario de comunicación, organización y coordinación de las acciones de todo el personal de enfermería, dando continuidad a la atención.

Al anotar las actividades en el plan de cuidados al igual que los objetivos hay que hacer constar:

Sujeto: quién debe realizar la acción (la enfermera, el usuario o familiar, etc.).

Verbo: qué acción o acciones hay que llevar a cabo.

Tiempo: cuando hay que hacerlo.

Modo: como debe de realizarse la actividad.

Medida: hasta cuándo o dónde debe persistir la actividad.

Los principales actores en el desarrollo del plan son la enfermera y el paciente, sin embargo, la participación de otros profesionales, la familia y miembros del núcleo familiar, brindan apoyo para que este plan se realice.

Las intervenciones de enfermería son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

1. Controlar el estado de salud.
2. Reducir los riesgos.
3. Resolver, prevenir o manejar un problema.
4. Facilitar la independencia o ayudar a las actividades de la vida diaria.
5. Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Las intervenciones pueden agruparse en dos categorías:

1. Intervenciones de cuidados directos.
2. Intervenciones de cuidados indirectos.
  - Valoración: control del estado de salud.
  - Enseñanza: la clave para la capacitación del cliente.
  - Guías: planificar la enseñanza.
  - Asesoramiento: ayudar a las personas a hacer elecciones.
  - Consulta y derivaciones a otros profesionales: la piedra angular del abordaje multidisciplinario.

#### IV EJECUCIÓN.

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

En esta etapa debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

Esta fase del proceso de enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica.

**Ejecución = Validar + Fundamentar + Brindar cuidados + Continuar + Registrar los  
el plan los cuidados de enfermería los cuidados cuidados**

#### VALIDACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS:

En la validación de todo plan de cuidados de enfermería, independientemente de la preparación y experiencia del personal que lo haya realizado, deberá intervenir personal de la misma disciplina y otros profesionistas del equipo de salud, según las necesidades o problemas del paciente para asegurar mayor éxito en su realización.

#### FUNDAMENTACIÓN O RAZONAMIENTO CIENTIFICO:

El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería. La fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados. Además, el fundamento se basa en las teorías, modelos esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

Una vez validado el plan de cuidados de enfermería y fundamentado científicamente, se procederá a su ejecución, pero debe considerarse que el paciente puede presentar durante su atención, necesidades, problemas o situaciones inesperadas que alteren dicho plan para realizar modificaciones pertinentes sin que esto altere la atención del paciente.

La ejecución de un plan de enfermería contribuye a la continuidad del cuidado del paciente por el personal de enfermería de diferentes niveles académicos y turnos de trabajo, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y os objetivos a corto y largo plazo y apoya la elaboración de una lista de preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.

#### V. EVALUACIÓN:

La evaluación es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósitos:

- ✓ Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- ✓ Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando con la implementación, en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso de éste.

Las actividades de la fase de evaluación son la evaluación del logro de los objetivos y la revaloración o modificación del plan.

La evaluación de los objetivos se inicia con la valoración del paciente; esto significa que nuevamente se le tendrá que examinar y entrevistar para reunir datos de su estado actual de salud o enfermedad. Algunas preguntas que se sugieren son:

- ✓ ¿Los problemas son los mismos que se identificaron y definieron originalmente?
- ✓ ¿Los problemas son más complicados que los que se describieron al principio?
- ✓ ¿Han surgido nuevos problemas?

Una vez respondidas estas interrogantes, se estará en condiciones de evaluar o comprobar el alcance de los objetivos.

Existen variables que afectan el logro de los objetivos, por eso es necesario revisar qué sucedió durante las diferentes etapas del proceso de enfermería para determinar qué pudo afectar el logro de los objetivos.

La revaloración o modificación del plan se realiza cuando se identifican algunas variables que impidieron la ejecución del plan y que afectaron el logro de los objetivos. Así se fijan objetivos nuevos y realistas que permitan identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de éstos.

Ser realista e incorporar los factores que refuerzan el logro de objetivos, o bien reducirlos o eliminarlos, será la clave para lograr un plan de cuidados eficaz, eficiente e individualizado.

El proceso de evaluación es un factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudaran al personal de enfermería a proporcionar cuidados de calidad, ya que éstos han sido valorados, planificados y sistematizados, así como a promover y realizar continuamente la investigación de enfermería.

Así pues la evaluación sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación de enfermería. (16)

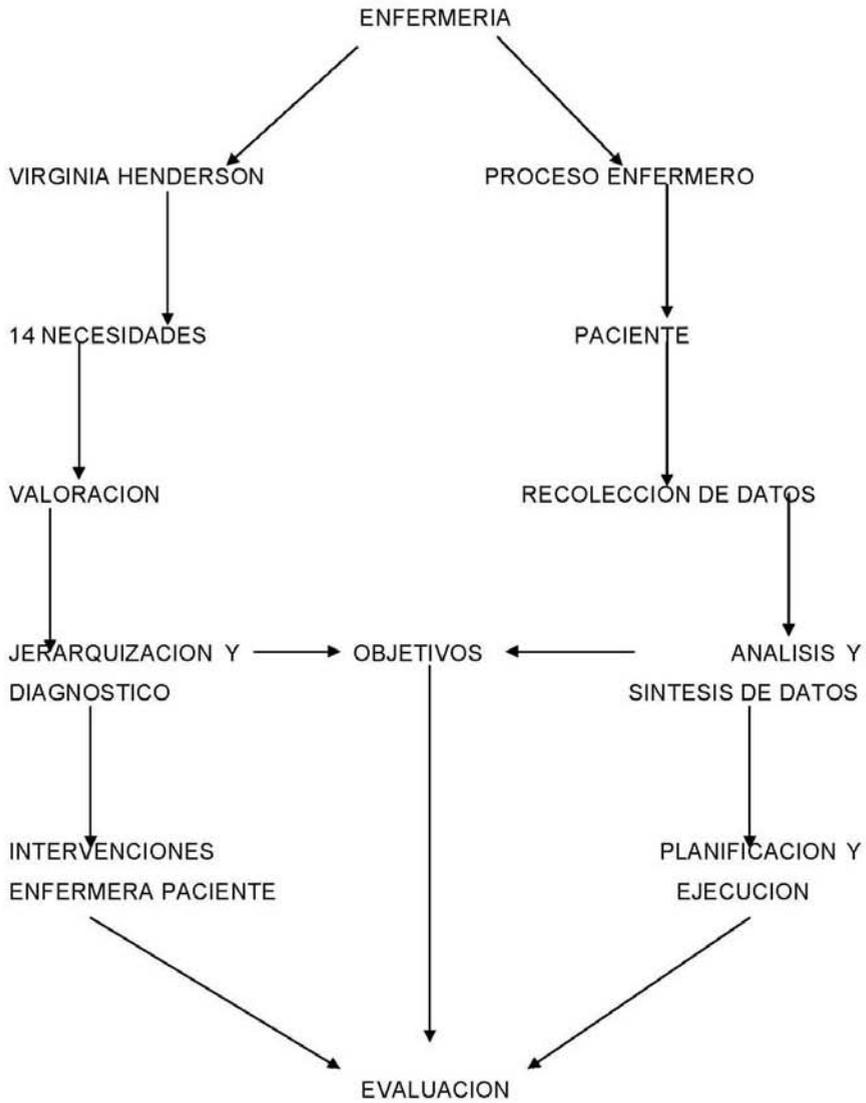
---

(16). Lasty Balseiro Almarío. "Investigación en enfermería". Ed. Prado. 1991.

#### 4.5. RELACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Y VIRGINIA HENDERSON

PROCESO DE ENFERMERÍA	VIRGINIA HENDERSON
VALORACIÓN	Se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia de enfermería que abarca las 14 necesidades básicas del paciente incluye datos objetivos y subjetivos, con objeto de satisfacer sus necesidades.
DIAGNOSTICO	Se puede definir como el juicio clínico sobre el grado de satisfacción de las necesidades básicas de la persona de acuerdo con su situación de vida. Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia, y la causa de esta que puede ser por fuerza, voluntad o conocimiento, en cada una de las necesidades básicas, y los problemas de salud reales o potenciales y se puede utilizar la taxonomía de NANDA.

PLANEACIÓN	<p>Se desarrolla un plan de acción, con el paciente y su familia, que incluye:</p> <p>Fijación de prioridades, determinar objetivos, actividades de enfermería, actividades del paciente y la familia que ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido, registro del plan de cuidados.</p>
EJECUCIÓN	<p>Se realizan actividades prescritas durante la fase de planificación. Se determinan las intervenciones del paciente o de su familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.</p>
EVALUACIÓN	<p>Se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario algún cambio. La evaluación se hace en base a los objetivos propuestos, ¿se ha logrado la independencia del paciente en cada una de las necesidades básicas? ¿En que medida? ¿Se realizaron las actividades como estaban propuestas? ¿Qué cambios hay que introducir?</p>



Realizado por: Juan G. Sandoval B.

#### 4.6. DAÑOS A LA SALUD.

### NEUMONIA

#### CONCEPTO

La neumonía es una enfermedad inflamatoria, generalmente de carácter infeccioso, que afecta las unidades de intercambio gaseoso y que llega a producir diversos grados de alteración en la difusión y/ o ventilación alveolar, pudiendo llegar a poner en peligro la vida del paciente.

#### EPIDEMIOLOGIA.

En países en vías de desarrollo la Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de 800.000 muertes neonatales son secundarias a infecciones respiratorias agudas. En países desarrollados es de menos del 1% y alrededor del 10% en los de bajo peso de nacimiento en prematuros extremos (56 de 111) siendo la neumonía congénita culpable de 30 de estas 56 infecciones.

Neumonía de inicio precoz: Se adquiere durante los tres primeros días de vida y es adquirida desde la madre a través de tres vías posibles: Aspiración intrauterina de líquido amniótico infectado, transmisión trasplacentaria de organismos y aspiración de líquido amniótico infectado durante o después del parto. (17)

---

(17). Heiskanen-Kosma T, Corp. M, Jokinen C, et. Al. Etiology of childhood pneumonia: serologi results of a prospective, population-based study. *Pediatr Infect Dis J.* 1998; 17(11) 986-991

La Neumonía de inicio tardío: Esta ocurre durante la hospitalización o después del alta y generalmente surge por la colonización de organismos intrahospitalarios.

#### ETIOLOGIA.

. **Recién nacidos y en período neonatal:** Enterobacterias, Staphylococcus aureus, Estreptococo del grupo B.

. **Lactantes menores:** Estafilococo aureus, Haemophilus influenzae.

. **Lactantes mayores:** Haemophilus influenzae, Estreptococo pneumoniae, Estafilococo aureus.

. **Preescolares:** Estreptococo pneumoniae, Haemophilus influenzae, Mycoplasma Pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae, Estafilococo aureus.

. **Escolares:** Estreptococo pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae Chlamydia Pneumoniae.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS:

La neumonía precoz se presenta comúnmente como un síndrome de dificultad respiratoria que comienza después del nacimiento y se asocia a letargia, apnea, taquicardia y mala perfusión que puede progresar hasta el shock séptico, inestabilidad térmica, acidosis metabólica y distensión abdominal. (18)

---

(18). Asociación colombiana de neumología pediátrica. Neumonías adquiridas en la comunidad en niños de 1 mes a 17 años. Guías basadas en evidencias. Medellín. Artes y rallados 2003.

La neumonía de inicio tardío está caracterizada por apneas, taquipnea, rechazo alimentario, distensión abdominal, ictericia, vómitos y colapso circulatorio. En recién nacidos conectados al ventilador pueden presentar secreción traqueal purulenta.

#### DIAGNOSTICO:

La exploración física.

Exámenes de laboratorio como BH, QS, C reactiva, etc.

Cultivos de sangre y líquido céfalo raquídeo, de líquido pleural si existe. El Gram del contenido de un aspirado traqueal.

Radiografía de Tórax: La presencia de derrame pleural puede ser útil ya que este se produce en alrededor del 67% de los paciente con neumonía.

#### TRATAMIENTO:

El tratamiento depende del patógeno.

##### A. Medidas Específicas

- Tratamiento antibiótico teniendo en cuenta gérmenes.
- Hidratación y nutrición adecuada
- Administración óptima de O<sub>2</sub> de acuerdo con las necesidades
- Tratar la fiebre y el dolor.
- Hospitalizar en el nivel requerido o manejar de forma ambulatoria de acuerdo con la gravedad del caso.

## CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Menores de 2 meses
- Apnea, Signos de dificultad respiratoria: tiraje subcostal, aleteo nasal, cianosis, quejido.
- Hipoxemia: saturación < 92% a nivel del mar
- Intolerancia a la vía oral
- Aspecto tóxico
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio
- Neumonía complicada o enfermedades subyacentes y/o afectación inmunológica. (19)

## INDICACIONES PARA TRASLADO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

- Incapacidad de mantener una SaO<sub>2</sub>>92% con una FIO<sub>2</sub>>0.6
- Paciente en shock
- Incremento en la frecuencia respiratoria y el pulso con cuadro de dificultad respiratoria severa con o sin aumento en la Paco<sub>2</sub>
- Apnea o respiración irregular

## PRONÓSTICO:

La mayoría de los neonatos con neumonía evolucionan bien, pero el pronóstico depende de la severidad de la enfermedad, las condiciones médicas subyacentes, la edad gestacional y el tipo de organismo. La mortalidad se asocia a prematuridad, enfermedad pulmonar preexistente e inmunodeficiencia. (20)

---

(19). McIntosh K. Community-Acquired Pneumoniae in children. New England Journal Med. 2002; 346-437.

(20). De la Hoz F. Vigilancia de neumonía 2002. Informe OPS71NS. Inf. Quinc Epidemiol Nal 2002.Pp, 242.

## ATRESIA PULMONAR

El problema básico es que el ventrículo derecho no tiene vía de salida; no comunica con la arteria pulmonar. Existe hipoplasia del infundíbulo y ausencia de válvulas pulmonares o imperforación de la válvula pulmonar. (21)

En la atresia pulmonar, se forma una capa sólida de tejido donde debería estar la abertura de la válvula y, debido a este defecto, la sangre del lado derecho del corazón no puede viajar a los pulmones para ser oxigenada. (22)

Cuadro clínico.

Los síntomas generalmente se presentan en las primeras horas de vida, aunque pueden tomar hasta varios días. Dichos síntomas abarcan:

- Coloración azulada de la piel.
- Dificultad respiratoria.
- Respiración rápida.
- Hábitos alimenticios deficientes (los bebés pueden cansarse mientras los amamantan).
- Fatiga. (23)

---

(21) Bialostozky D, Attié F, Lupi E, Contreras R, Espino Vela J, Atresia Pulmonar con septum interventricular intacto. Arch Inst Cardiol, Mex. 44: 195 Pp. 203 a 205, 1974.

(22) Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed, Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2004:1527-1530.

(23) Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. 17th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2004:1823-1825.

## Diagnóstico.

- Exámenes radiológicos.
- Electrocardiograma.
- Cateterismo y angiografía.
- Oximetría del pulso que muestra la cantidad de oxígeno en la sangre
- Ecocardiograma.
- Cateterismo cardíaco.

## Tratamiento.

Prostaglandina E1 para ayudar a movilizar o hacer circular la sangre a través del cuerpo.

- Cateterismo cardíaco intervencionista.
- Cirugía abierta de corazón para reparar o reemplazar la válvula.
- Trasplante de corazón.
- Fistula de Blalock Toussain. (24)

## Complicaciones.

- Retraso en el desarrollo y crecimiento.
- Convulsiones debido a la cantidad baja de oxígeno en la sangre.
- Endocarditis infecciosa.
- Insuficiencia cardíaca. (25)

---

(24) Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, eds. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 7th ed. St. Louis, Mo; WB Saunders; 2005:1515.

(25) Eisenhauer AC, White CJ. Endovascular treatment of noncoronary obstructive vascular disease. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, eds. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 8th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 59.

## Pronostico.

La gran mayoría de los casos muere. La cirugía puede ayudar en muchos casos. Sin embargo, la recuperación del paciente depende de la calidad de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón, de la calidad de los latidos cardíacos y de la cantidad de filtración de las otras válvulas cardíacas.

## Incidencia y factores de riesgo.

Como sucede con la mayoría de las cardiopatías congénitas, no hay una causa conocida para la atresia pulmonar. La afección está asociada con otro tipo de cardiopatía congénita llamada conducto arterial persistente (PDA, por sus siglas en inglés).

Las personas con atresia pulmonar también pueden tener una válvula tricúspide con un desarrollo deficiente. Igualmente, pueden tener un ventrículo derecho subdesarrollado y vasos sanguíneos anormales irrigando el corazón. (26)

---

(26) Creager MA and Libby P. Peripheral arterial disease. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, eds. *Libby: Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 8th ed. Saunders; 2007:chap 5

#### 4.7. CONSIDERACIONES ETICAS

Todo arte y toda investigación y del mismo modo toda acción y elección parecen tender a algún bien, por eso se ha dicho con razón que el bien es aquello a lo que tienden todas las cosas.

##### Aristóteles

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. Esto obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada e fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. (27)

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

---

(27) Potter, P., "Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica", 5ta. Edición, Editorial Harcourt-Océano, , Barcelona 2001, Pág. 413

El código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional y se resume en el denominado Decálogo.

#### MARCO CONCEPTUAL

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar, su objeto formal es la rectitud moral y debe realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El acto humano se concibe con el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad.

Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva, por ello se le llama acto humano, éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir.

La moral es el conjunto de comportamientos y normas porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser

esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

La moral debe guiar la conducta humana de acuerdo a los principios y valores. Apela a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal. Marca las directrices aceptadas como buenas, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanan las directrices que le permitirán actuar hacia el bien común, proporcionándole paz, armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad. (28)

La dignidad es el valor peculiar que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto.

Así la dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia.

---

(28) Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2001, Pág. 8

En este sentido la persona es consciente de sí misma, responsable de sus actos y con la libertad que la hace ser, con fines que la trascienden y con capacidad de desentenderse de sí misma para darse a los demás en una existencia humana fiel a sí misma y a su grupo social.

Esta concepción también es vista en el humanismo Kantiano, el que como filosofía del comportamiento señala. Al considerar al hombre como fin, el humanismo se constituye en la reflexión de que la preocupación máxima del hombre deber ser el propio hombre y todo lo que significan sus intereses, sus problemas y su posición en la vida, constituyéndose esto, en el ideal por desarrollar en sí y en cada individuo lo que hay específicamente de humano.

El humanismo, así concebido, tiene su expresión en un ser humano que ayuda a otro con la conciencia de lo valioso de la existencia y del respeto por ésta y su dignidad en todas las etapas de la vida.

El humanismo se define como la actitud centrada en el interés por lo humano no sólo de un modo genérico (pueblo, sociedad, humanidad) sino por la persona concreta con nombre y apellidos, y en el desarrollo y bienestar de lo que el hombre es en lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.

Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser ajeno... es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;

□ A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;

□ A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive;

□ A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

– La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.

– La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.

– El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y

– La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de

observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.

**Beneficencia y no maleficencia.**- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

**Justicia.**- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

**Autonomía.**- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

**Valor fundamental de la vida humana.**- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida

de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

**Privacidad.-** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. (29)

**Fidelidad.-** Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.

No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

**Veracidad.-** Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

**Confiabledad.-** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

---

(29) Medina C.C. "Enfermería del Siglo XXI. Ética y Legislación "1era. Edición, México 2000, Editorial Difusión Avances de Enfermería.

**Solidaridad.**- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común.

**Tolerancia.**- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

**Terapéutico de totalidad.**- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

**Doble efecto.**- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. (30)

---

(30) Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2001, Pág. 19

Descripción de como se aplicó las consideraciones éticas al paciente para el estudio de caso:

La aplicación de las consideraciones éticas con el paciente fueron que siempre se le intento hacer el bien, nunca las intervenciones ni la atención fueron encaminadas para hacerle u ocasionarle un mal; siempre se le trato de hacer justicia por medio de las acciones realizadas para satisfacer sus necesidades básicas, en lo biológico, psicológico, social y espiritual. Se le dio un trato con autonomía por lo que se atendió con respeto tomando en cuenta sus valores y su individualidad; se respetó su privacidad, siempre se trató de cumplir con los objetivos para recuperar su salud, sin tratar de mentir ni engañar para obtener su confianza siendo solidarios en cada momento, siendo siempre tolerante ante las situaciones que se presenten, sin perder el control, la paciencia y el interés por sacarlo adelante.

A continuación se presenta el código de ética haciendo mención de los artículos que solo se relacionan con el paciente en estudio de caso:

## CAPITULO I.

### DISPOSICIONES GENERALES

*Artículo primero.*- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

## CAPITULO II.

### DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

*Artículo segundo.-* Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

*Artículo tercero.-* Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

*Artículo cuarto.-* Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

*Artículo quinto.-* Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

*Artículo sexto.-* Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

*Artículo séptimo.-* Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

*Artículo octavo.-* Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

## CAPITULO III.

### DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

*Artículo décimo.-* Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

*Artículo décimo primero.-* Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

*Artículo décimo cuarto.-* Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

*Artículo décimo quinto.-* Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

*Artículo décimo sexto.-* Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

*Artículo décimo séptimo.-* Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas instituciones, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

## CAPITULO VI

### DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

*Artículo vigésimo sexto.-* Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

*Artículo vigésimo séptimo.-* Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

*Artículo vigésimo octavo.-* Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras. (36)

---

(36) Secretaría de salud pública. Ley y reglamentos del artículo 5 constitucional. Relativo al ejercicio de las profesiones en el distrito federal. 1994.

## DERECHOS DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento para procedimientos de riesgo.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformas por la atención médica recibida. (31)

---

(31) Consejo de salubridad. Criterios para la evaluación de procesos y resultados para la certificación de establecimientos de atención médica. México D.F. 2003

## V. METODOLOGIA

Como primer paso fue la selección del estudio de caso, de modo que se eligió a un paciente durante el servicio en el que se estaba trabajando de acuerdo al rol de prácticas programado; tomando en cuenta la patología y necesidades básicas de mayor interés. Se hizo una valoración detallada del paciente de acuerdo a su estado de salud detectando las necesidades y jerarquizando las más importantes por tratar y aplicando los pasos del proceso enfermero.

Para la realización del presente estudio de caso clínico con base a las 14 necesidades de Virginia Henderson; se llevaron a cabo las cinco etapas en que consta el proceso enfermero; que son la valoración, los diagnósticos, la planeación, la ejecución y la evaluación.

Para obtener la información del y sobre el paciente, se contó con la utilización de un instrumento de recolección de datos, que consta de la entrevista, que es una parte para obtener datos subjetivos del paciente aportados por el familiar, exploración física, para obtener datos objetivos y la atención directa del lactante menor valorando las 14 necesidades básicas. Dichos datos se utilizaron para formular diagnósticos de enfermería y planear las intervenciones a seguir ejecutándolas para contribuir al mejoramiento del paciente.

Posteriormente se evalúa y se mide los resultados obtenidos durante la aplicación de las intervenciones de enfermería durante el proceso; por lo que fue necesaria una interacción con el paciente, familiar y enfermero para lograr los objetivos de estudio.

Por último se describe un plan de alta indicando signos de alarma, ejercicios de rehabilitación para crecimiento y desarrollo, y el tratamiento médico a seguir.



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.

## VI. APLICACIÓN DE PROCESO DE ENFERMERIA

### 6.1 VALORACION DE NECESIDADES BASICAS DEL NIÑO

22-OCTUBRE-2008

#### OXIGENACION (RESPIRAR)

Paciente masculino de 3 meses de edad, presenta dificultad respiratoria con saturación, con frecuencia de 80 por minuto, satura 75%, irregular con retracción xifoidea y tiraje intercostal, con disociación toraco-abdominal, con ruidos respiratorios con estertores gruesos, principalmente en lado derecho. Con nebulizador al 65%. Se cansa al comer presentando diaforesis y cianosis. Presenta frecuencia cardiaca de 155 por minuto, presión arterial de 90/35.

#### TEMPERATURA (TERMORREGULACION)

La madre refiere que el niño es sensible a los cambios de temperatura, principalmente por las noches. Cuando tiene fiebre se la controlan con fomentos de agua fría y paracetamol. No presenta fiebre durante su ingreso (36.5). Posteriormente durante su hospitalización presenta temperatura de 38 °C.

#### ELIMINACION

El paciente evacua en el pañal, sus evacuaciones son semilíquidas, de color amarillo, acidas, con moco. La madre refiere que el niño presenta dolor al evacuar porque frecuentemente se encuentra estreñido, su peso es de 3,250 kg; su perímetro abdominal es de 36 cm.

La orina es amarilla, sin olor, aunque durante su hospitalización su gasto urinario es escaso. Presenta edema general, globo vesical y diaforesis a la alimentación.



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.

## ALIMENTACION (BEBER Y COMER)

El niño es alimentado por medio del biberón, con fórmula maternizada, cada 3 horas con 3 onzas cada toma, con horario de 8,11,14,17,20,23,2,5 horas. Es alimentado con ayuda de su mamá debido a su edad, además come con ella en su recámara. Como único alimento es la leche maternizada. Durante su hospitalización se encuentra en ayuno por su dificultad respiratoria con palidez de tegumentos.

## HIGIENE

Piel escamosa, seca y deshidratada. El niño es bañado por las mañanas regularmente, tanto en su casa como en el hospital. El baño se realiza diario, además que le gusta al niño. No se le cepillan las encías (no tiene aun dientes). Dos cambios de ropa al día.

Durante su hospitalización por su patología, se le dan baños de esponja en su cama. Se cambia el pañal cada vez que es necesario.

Grado de dependencia: 3

## APRENDIZAJE

La mamá conoce ampliamente la enfermedad de su hijo ya que es quien cuida al niño en casa y en el hospital, en ocasiones no entiende los informes médicos, quisiera que la enfermera se los explicara.

La mamá habla con el niño durante su hospitalización.

El niño ha estado hospitalizado en ocasiones anteriores.

Al niño le gusta que lo paseen.

## MOVIMIENTO Y POSTURA

A los 2 meses fijó la mirada y desde esa edad sigue movimientos con la vista, aun no se mantiene ni se sienta por sí solo, dada por la edad y patología. Cuando duerme lo hace bocarriba.

Manos empuñadas, no sostiene completamente la cabeza.

## SEGURIDAD Y PROTECCION

La madre solo acude al INP, sin consultar alguna otra institución ni médico particular. No descuidar sus necesidades y ocupaciones ya que le preocupa más el estado de salud de su hijo, por lo que refiere miedo a la muerte de éste.

En su domicilio no presenta riesgos de contagio por alguna enfermedad, en cambio en hospitalización hay riesgo de enfermedades e infecciones nosocomiales. Además en el uso de barandales.

El niño toma medicamentos en casa como el captopril, aspirina y clarinet, quien la mamá se los da disueltos en agua con la ayuda de una jeringa.

## RELIGION

Católica. Por el momento la madre refiere no tener alguna necesidad con la religión.

## REALIZACION

Por entrevista con la madre, refiere que quisiera ver crecer a su hijo y verlo realizado haciendo su propia vida familiar; ya que le da ilusiones y gusto ver a su hijo como se integra a los juegos y como imita los gestos de su padre cuando juega con él. Tiene un peso de 3,250 kg, es decir por debajo de la percentil 5 al igual que la talla que es de 52 cm. Perímetro cefálico de 36 cm, perímetro torácico de 36.5 cm, perímetro braquial de 10.5 cm.

## RECREACION

La mamá refiere que al niño le gusta que lo levanten en brazos, le gusta la música, juega con muñecos acompañado su mamá.

En el hospital el niño no tiene momentos de recreación, por la patología que presenta y el cansancio.

## DORMIR Y DESCANSAR (REPOSO Y SUEÑO)

Duerme aproximadamente 18 horas diarias, con la luz encendida, cubierto con solo una manta, despierta por si solo por las noches para tomar su leche pues tiene presente los reflejos de succión deglución, búsqueda, moro y presión. Según la madre el niño no tiene pesadillas. Por la tarde duerme su siesta. Activo y reactivo a estímulos, con respuesta simétrica pupilar. Fontanela anterior normotensa con suturas craneales aproximadas.

## NECESIDAD DE VESTIR Y DESVESTIRSE

Su condición de vestimenta es que se encuentra con un pañal únicamente por su hospitalización. Normalmente en casa le hacen 2 cambios de ropa al día, la madre refiere que el niño cuenta con ropa necesaria a pesar de los bajos recursos económicos de la familia.

## COMUNICACIÓN

El niño se encuentra activo y reactivo, además responde al tacto, voltea o hace gestos cuando se le habla o cuando escucha sonidos fuertes, sigue con la mirada la luz, sonríe desde dos 2 meses de edad a la vez que balbucea.

Su madre es quien lo cuida y con quien juega, además que ella habla con él; dice que el niño es alegre y en ocasiones irritable. Cuando el niño hace berrinche la madre lo carga y le da palmadas en la espalda para calmarlo.

## VALORACION Y EXPLORACION FISICA

### SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA

PESO: 3,250 KG.

PERCENTILA PESO: por debajo de la 5.

TALLA: 52 CM.

PERCENTILA TALLA: por debajo de la 5.

PERIMETRO CEFALICO: 36 cm.

PERIMETRO TORACICO: 36.5cm.

PERIMETRO ABDOMINAL: 36cm.

PERIMETRO BRAQUEAL: 10.5 cm.

PULSO: 155 X´.

TENSION ARTERIAL: 90/35

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 80

SATURACIÓN DE OXIGEENO: 70%

TEMPERATURA: 38 °C

Lactante masculino, despierto, activo, reactivo, hidratado, hipertérmico, con buena tolerancia a la vía oral, sueño fisiológico. Polipneico y taquicárdico saturando 70% de oxígeno, con palidez general de tegumentos, edema generalizado.

**Cabeza y cuello:** cráneo normocefalo, fontanela posterior normotensa y puntiforme, fontanela anterior abierta y normotensa, de aproximadamente 2 x 3 cm. Ojos con movimientos espontáneos, sigue objetos con la mirada; pupilas isocóricas, normoreflexivas, narinas permeables, coanas permeables, mucosas orales bien hidratadas, paladar íntegro; cuello cilíndrico, tráquea central, pulsos carotídeos presentes. Presenta catéter yugular del lado derecho funcional.

**Tórax:** normolíneo, presenta cicatriz quirúrgica en pecho por cirugía anterior. Con ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad; se ausculta soplo cardíaco continuo. Campos pulmonares con estertores gruesos, bilaterales, con movimientos de polipnea, tiraje intercostal con retracción xifoidea moderada.

**Abdomen:** blando, depresible, no dolorosa a la palpación, no se palpan asas intestinales; hígado con 2 cm por debajo de borde costal derecho, peristalsis presente, globo vesical, cicatriz umbilical sin datos patológicos aparentes.

**Genitales:** fenotípicamente masculinos, testículos descendidos y en bolsas escrotales, prepucio retráctil, región perianal sin datos patológicos aparentes, ano permeable, mancha mongólica presente. Sonda de Foley a derivación.

**Musculo-esquelético:** extremidades íntegras, simétricas, adecuado tono muscular, llenado capilar en 2 seg, pulsos distales presentes.

**Piel y anexos:** palidez general de tegumentos, con acrocianosis al esfuerzo y llanto. Mancha mongólica a nivel de sacro y coxis.

**Sistema nervioso:** reflejos primarios presentes como moro, babinski, búsqueda, succión, presión y marcha.

**Esquema de vacunación:** no tiene una sola vacuna.

**Crecimiento y desarrollo:** no sostiene la cabeza por sí solo, las manos las mantiene empuñadas, no se mantiene sentado, no tiene reflejo de marcha. Reflejos primarios presentes como moro, babinski, búsqueda, succión, presión y marcha.

### JERARQUIZACION DE NECESIDADES

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DX	FECHA DE DX	FECHA DE RESOLUCION
Oxigenación	5	Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con la infección pulmonar manifestado por polipnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea, desaturaciones de O2 y aleteo nasal.	22/10/08	25/10/08
Termorregulación	4	Incremento por arriba de límites normales de la temperatura corporal relacionada a proceso infeccioso manifestada por piel caliente, diaforesis y	22/10/08	23/10/08

		temperatura de 38°C.		
Eliminación	3	Bajo gasto urinario relacionado con probable daño renal manifestado por poliaquiuria y creatinina aumentada.	22/10/08	23/10/08
Alimentación	3	Alteración en la nutrición r/c ingesta alimenticia insuficiente m/p bajo peso de acuerdo a índice de masa corporal y a percentilas para su edad.	22/10/08	26/10/08
Higiene	3	Deficiencia en la higiene y arreglo personal r/c la gravedad del	22/10/08	25/10/08

		paciente m/p piel pegajosa y cabello graso y enredado.		
Aprendizaje	3	Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c deficiencias del medio y de estimulación temprana m/p la dificultad para llevar a cabo destrezas características de su edad.	22/10/08	No valorable por alta.
Movimiento y postura.	3	Disminución en la movilidad r/c fatiga y disminución de la fuerza m/p permanecer en misma posición	22/10/08	25/10/08

		durante largo tiempo.		
--	--	-----------------------	--	--

Seguridad y protección.	2	Riesgo de sufrir daño físico por caída r/c el mal uso de barandales de la cuna.	22/10/08	26/10/08 Hasta su alta.
Religión.	2	Preocupación y malestar espiritual de familiares r/c proceso patológico del paciente m/c ansiedad, ira y llanto.	22/10/08	No valorable.
Realización.	2	Alteración de la función de realización r/c poca atención por parte del cuidador para realizar ejercicios de estimulación	22/10/08	Se están llevando sesiones de rehabilitación y estimulación temprana.

		temprana.		
Recreación.	2	Recreación ineficaz r/c escasa interrelación social m/p su estancia hospitalaria.	22/10/08	24/10/08
Reposo y sueño.	1	Sueño excesivo del paciente r/c la gravedad de su enfermedad y el uso de sedantes m/p cansancio y dificultad para despertar.	22/10/08	No valorable por efectos de sedación.
Vestido.	1	Incapacidad para usar ropa adecuada r/c políticas hospitalarias m/c solo el uso del pañal.	22/10/08	26/10/08
Comunicación.	1	Alteración de la	22/10/08	25/10/08

		comunicación r/c la gravedad de paciente m/p cansancio y sueño.		
--	--	--	--	--

## PLAN DE INTERVENCIONES

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep.	PHANUF Nivel	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			DIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
				F.F	F. C	F. V.	SI	NO
OXIGENACION	Tempo-ralmente dependiente	5	Polipnea con tiraje intercostal, cianosis general y retracción xifoidea. Presenta apoyo ventilatorio con nebulizador al 75%, saturando 70% Presenta abundantes secreciones orofaríngeas.	X De acuerdo a su patología de base no es posible que sature a 100%. Las secreciones son manifestación del organismo.			X Se relaciona con la necesidad de alimentación, descanso, sueño y protección de tegumentos	

Dx. De enfermería:

Alteración en la ventilación r/c acumulo de secreciones m/x estertores gruesos, dificultad respiratoria, hipoventilación y saturación de 70 %.

## OBJETIVO.

- Alejandro mejorará la ventilación y disminuirá la dificultad respiratoria en un lapso de 24 horas por medio de la permeabilidad de las vías aéreas.

Relación enfermera paciente: de sustitución y apoyo.

### INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Controlar la saturación de O<sub>2</sub> y valorar el nivel óptimo de acuerdo a su patología por medio del monitoreo constante, valorar saturación preductual (brazo derecho) y posductual (pierna derecha). (independiente)
2. Administración de oxígeno con nebulizador al 75 % y casco cefálico de acuerdo a evolución y necesidades del paciente. (interdependiente)
3. Cambios posturales y drenaje postural por lo menos cada tres horas. (independiente)
4. Ejercicios de tos dirigida cada tres horas, o en cuanto sea necesario. Para conseguir la permeabilidad de las vías aéreas por medio de la aspiración de secreciones. (Independiente)
5. Administración de medicamentos como: sedantes, analgésicos, antibióticos, etc. dentro de los horarios prescritos y en caso necesario comentar con el médico para valorar su ministración fuera de horarios. (aplicando la regla de los 5 correctos). (independiente)
6. Valorar las expectoraciones durante la aspiración de éstas. (independiente)
7. Valorar las manifestaciones clínicas de dificultad respiratoria como cianosis, tiraje intercostal y retracción xifoidea. (independiente)
8. Humidificación de vías aéreas constantemente por medio del nebulizador. (interdependientes)
9. Fisioterapia pulmonar cada tres horas o en cuanto sea necesario, por lo menos antes de cada aspiración de secreciones. (independiente)
10. Monitoreo de glicemias capilares por turno. (independiente)

## FUNDAMENTACION

1. El oxígeno es necesidad básica para la vida. Sin él las células mueren y no puede mantenerse la vida.
2. El respirar por la boca evita que el paciente se beneficie del oxígeno.
3. El oxígeno seca las mucosas; para evitar esto se hace pasar el gas por un recipiente con agua que proporciona un cierto grado de humedad; la medición del oxígeno se hace en litros por minuto.
4. Los líquidos que provienen de las células alveolares del pulmón deben ser drenados por fuerza de gravedad hacia la tráquea, donde pueden ser aspirados o expulsados por la tos del niño.
5. Los ambientes húmedos son deseables cuando existe congestión pulmonar. La humedad y medicamentos aerosoles mucolíticos ayudan a licuar el moco y secreciones para facilitar la expectoración.
6. El esfuerzo respiratorio puede causar hipoglucemias por el consumo de energía al mantener en exceso el funcionamiento de los músculos accesorios. (32)

## EVALUACION

Se observa recuperación del paciente temporalmente con disminución de secreciones y saturación de 85%, y posteriormente a las tres horas después presenta aumento de la dificultad respiratoria y deterioro hemodinámico por lo que fue necesario realizar intubación endotraqueal con apoyo de ventilador de presión y efectuar su traslado al servicio de UTIP.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 5

---

(32) Susana Rosales B. "Fundamentos de enfermería". Ed. El manual moderno. 2ª edición, 1999. Pp. 219-292

## VALORACION DE SEGUIMIENTO EN LA NECESIDAD DE OXIGENACION

23-OCTUBRE-2008

Alejandro se encuentra somnoliento, hipoactivo, hiporeactivo, semihidratado, con hipertermia de 37.6 °C, en ayuno, con sonda orogástrica a derivación, mucosas orales deshidratadas, con palidez general de tegumentos y cianosis generalizada al esfuerzo; polipneico con FR de 82 X', con tiraje intercostal y retracción xifoidea muy marcada, con aleteo nasal, saturando entre 55% y 65%, con apoyo de oxigeno con nebulizador al 100 %, tequicardico, con FC de 180 X', campos pulmonares con estertores gruesos bilaterales, crepitantes; presenta cicatriz en pecho secundaria a fistula de Blalock Toussaint; abdomen blando, depresible, con cicatriz umbilical sin datos patológicos aparentes, catéter yugular funcional, sonda vesical. Se traslada a terapia intensiva por aumento de la dificultad respiratoria.

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep.	PHANE UF Nivel	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
		Dep. Indep.		F.F	F. C	F. V.	SI	N O
OXIGENACION	Temporalmente independiente	5	Presenta en UCIN tubo endotraqueal y ventilador. Con tiraje intercostal, retracción xifoidea, saturando 87%, por patología de base. (fistula de Blalok Toussain.	X			X	

Diagnostico de enfermería:

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con la infección pulmonar manifestado por valores gasométricos de hipoxia, y acidosis metabólica, (PH de 4.15, HCO3 18.1, CO2 42, paO2 60).

## OBJETIVO.

- Alejandro lograra un adecuado intercambio gaseoso de acuerdo a su patología en un lapso de 24 horas, con el apoyo del ventilador a presión positiva y monitoreo de gasometrías.

Relación enfermera paciente: de sustitución y apoyo.

### INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Realizar monitoreo y registros clínicos cada hora vigilar saturación preductual (brazo derecho) y postductual (pierna derecha).  
(independiente)
2. Cuidados de cánula endotraqueal (adecuada fijación, inserción adecuada, que no exista fuga y permeabilidad) cada vez que se realice el manejo (cada hora) del paciente o durante la aspiración de secreciones. (independiente)
3. Programar y vigilar parámetros adecuados del ventilador de acuerdo a evolución del paciente. (interdependiente)
4. Cambios posturales y drenaje postural cada tres horas.  
(independiente)
5. Fisioterapia pulmonar cada tres horas o cada vez que sea necesario y aspiración de secreciones por boca y cánula endotraqueal de una a cada tres horas o en cuanto sea necesario. (independiente)
6. Administración de medicamentos como: sedantes, analgésicos, antibióticos, etc.; aplicando la regla de los 5 correctos, y en caso necesario valorar su ministración fuera de horarios fijos.  
(independiente)
7. Valorar las expectoraciones durante la aspiración de las mismas.  
(independiente)

8. Valorar datos de dificultad respiratoria como: tiraje intercostal, retracción xifoidea y cianosis generalizada. (independiente)
9. Mantener humedad adecuada de la vía aérea para facilitar la aspiración de secreciones. (interdependiente)

#### FUNDAMENTACION

1. El oxígeno es necesidad básica para la vida. Sin él las células mueren y no puede mantenerse la vida.
2. El respirar por la boca evita que el paciente se beneficie del oxígeno.
3. El oxígeno seca las mucosas; para evitar esto se hace pasar el gas por un recipiente con agua que proporciona un cierto grado de humedad; la medición del oxígeno se hace en litros por minuto.
4. Los líquidos que provienen de las células alveolares el pulmón deben ser drenados por fuerza de gravedad hacia la tráquea, donde pueden ser aspirados o expulsados por la tos del niño.
5. Los ambientes húmedos son deseables cuando existe congestión pulmonar. La humedad y medicamentos aerosoles mucolíticos ayudan a licuar el moco y secreciones para facilitar la expectoración.
6. La diferencia de la saturación preductual y posductual nos indica la persistencia del conducto arterioso. (33)

#### EVALUACION

A través de los cuidados de enfermería proporcionados, se observa un mejoramiento en el patrón respiratorio, disminución en el acumulo de secreciones orofaríngeas, una saturación de oxígeno de 85% de acuerdo a su patología de base (atresia pulmonar con fistula de Blalock Toussain) y un adecuado intercambio gaseoso con valores gasométricos normales.

Nivel de independencia alcanzado: 3

---

(33) Ibidem: Susana Rosales.239-262

NECESIDAD	Grado	Nivel PHANEUF	MANIFESTACIONES DE	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LA DIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
	Dep. Indep	Dep. Indep	DEPENDENCIA	F.F	F. C	F. V.	SI	NO
T E R M O R R E G U L A C I Ó N	Temporalmente dependiente	4 de Dependencia	No está a su alcance, la fiebre es efecto secundario al proceso infeccioso. Los picos febriles fueron de 38 grados y Presento diaforesis	X Es una reacción del organismo hacia el microorganismo desconocido.			X Se relaciona con la necesidad de protección de la piel y tegumentos ya que puede resultar lesionado por los efectos de los picos febriles.	

### DX de enfermería

REAL: Alteración de la temperatura corporal relacionada con proceso infeccioso manifestada por piel caliente, diaforesis y temperatura de 38°C.

## OBJETIVO.

- Alejandro mantendrá una temperatura corporal ideal en un lapso de 24 horas, mediante el uso de medios físicos y la ministración de medicamentos.

Relación enfermera paciente: sustitución y ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Monitoreo de la temperatura axilar cada 15 minutos por medio del uso del termómetro y llevar registro. (independiente)
2. Vigilar datos de taquicardia mediante el monitoreo cada 15 minutos. (independiente)
3. Aplicación de medios físicos por medio del uso de compresas húmedas en axilas, frente y abdomen del paciente, sin movilizarlo en exceso. (independiente)
4. Administración de terapia antibiótica según la prescripción, aplicando la regla de los 5 correctos. (independiente)
5. Realizar cultivos tanto de secreción endotraqueal, sangre y orina, sugiriendo la realización de éstos con médico responsable en caso de no ceder la fiebre. (interdependiente)
6. Mantener hidratación adecuada por medio de las soluciones parenterales, siguiendo horarios establecidos y la ministración correcta de mililitros por hora. (interdependiente)
7. Mantener la temperatura de la habitación templada, no utilizar generadores de calor. (interdependiente)
8. Valoración clínica de la temperatura y vigilar datos neurológicos. (piel caliente, rubicundez, somnolencia, etc.)

## FUNDAMENTACION.

1. La aplicación de medios físicos es un medio por el cual ocurre reducción de la temperatura corporal por evaporación.
2. La valoración cada 15 minutos de la temperatura nos ayuda a conocer si las medidas aplicadas para regularla han funcionado o no.
3. La temperatura corporal por arriba de las cifras normales provoca taquicardia, lo cual nos puede llevar a una descompensación hemodinámica.
4. La aplicación de la terapia antibiótica, ayuda a eliminar progresivamente el agente infeccioso dentro el organismo del paciente, por lo que se producirá menos reacciones inmunológicas que provoquen el aumento de temperatura corporal.
5. El realizar cultivos nos ayuda a identificar el agente infeccioso y así aplicar la terapia antibiótica.
6. La ministración de soluciones parenterales ayuda a eliminar líquidos por orina lo cual ayuda a disminuir la temperatura corporal.
7. Mantener la temperatura ideal del ambiente del paciente ayuda a que su temperatura corporal no se eleve ni descienda. (34)

## EVALUACION

La aplicación de los medios físicos y tratamiento antimicrobiano en el paciente dio buen resultado, ya que de 38°C que el paciente presentaba, posterior a la aplicación de estos métodos presenta 37.2°C en un tiempo de 12 horas.

Nivel de independencia alcanzado: 2

---

(34) L. Witek, E.M: King, M, Dyer. "Técnicas de enfermería". Ed. Interamericana. McGraw Hill 1998. Pp. 257-675.

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep.	PHANES DE Nivel	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
				F.F	F. C	F. V.	SI	NO
ELIMINACIÓN	Tempo-ralmente dependiente	3	Presenta poliaquiuria, Creatinina aumentada, sonda Foley y disminución de gasto urinario.	X No es controlado voluntariamente. Es una manifestación del organismo .			X Se relaciona con la necesidad de higiene y protección de tegumentos	

### Dx. de enfermería

Alteración de la eliminación, relacionado con retención urinaria manifestado por bajo gasto urinario, globo vesical y edema general. (34)

(34) B.J. Taptich, P.W. Iyer, D. Bernocchi-Losey. "Diagnósticos de enfermería y planeación de cuidados". Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1992.

## OBJETIVO

- Alejandro mantendrá una eliminación urinaria adecuada (0.5 a 1 ml por kilogramo de peso por hora de orina) dentro de las siguientes 8 horas, por medio de la ministración de diuréticos y utilización de sonda Foley.

Relación enfermera paciente: sustitución y ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Cuantificar la orina cada vez que miccione el paciente, tomando en cuenta características y frecuencia. (Independiente)
2. Observar diariamente las características de la orina (color, sedimento, etc.) y reportándolas en le hoja de registros clínicos, no olvidar tomar bililabstix para conocer contenido. (independiente)
3. Realizar balance de entradas y salidas diario con el apoyo de médico tratante y registrando la cantidad exacta. Vigilar que la cantidad de orina sea de 0.5 a 1 ml por kilogramo de peso por hora. (interdependiente)
4. Administrar los diuréticos prescritos para evitar la sobrecarga hídrica y retención de líquidos, aplicando la regla de los 5 correctos. (interdependiente)
5. Cuantificar las pérdidas por vómito, sudoración excesiva, respiración y aspiración de secreciones pesando la ropa de la cuna y pañal del paciente cada vez que esto se presente, además pesar al paciente diario. (independiente)
6. Cuantificar también de forma exacta los líquidos infundidos en la ministración de medicamentos y soluciones para lavar equipos de venoclisis. (independiente)
7. Colocación de sonda Foley con la colaboración y aceptación del médico responsable para ayudar a la eliminación del paciente. (interdependiente)
8. Cuidados de sonda Foley (adecuada fijación, adecuada inserción) cada vez que orine el paciente y cada vez que se le dé el manejo. (independiente)

## FUNDAMENTACION

1. El control de la diuresis es importante, pues con la ventilación mecánica hay tendencia a retener agua por aumento de la hormona antidiurética.
2. Las características de la orina nos pueden orientar a saber si el paciente está cursando con una IVU.
3. El registro de entradas y salidas de líquidos en el cuerpo del paciente nos puede dar indicación de si está cursando con una retención de líquidos o si existe deshidratación. Nos indica además si hay pérdida de peso corporal.
4. El registro de frecuencia en la eliminación nos puede ayudar a evaluar la cantidad de líquidos que está reteniendo el paciente.
5. La ministración de diuréticos ayuda al paciente a eliminar líquidos corporales retenidos por alguna situación.
6. La colocación de sonda Foley al paciente le ayuda a eliminar orina retenida en vejiga por alguna causa, aunque se predispone al paciente a contraer alguna infección por maniobras invasivas.
7. El buen cuidado de la sonda Foley y su cambio temporal ayuda al paciente a tener menos riesgo de contraer alguna infección.

## EVALUACION

La aplicación de las intervenciones realizadas favorecieron la eliminación urinaria del paciente, ya que aumento el gasto urinario 2 horas después de 0.25 a 1 ml de orina por kilogramo de peso por hora; aunque disminuyo lentamente el edema, hasta las 48 horas después.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 1

NECESIDAD ALTERADA	Grado	PHASE UF Nivel	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
	Dep. Indep			F.F	F.C	F.V	SI	N O
	Dep. Indep							
ALIMENTACIÓN	Parcialmente Dependiente	3	Necesita de alguien que le ayude a comer a causa de su corta edad.	X Por su corta edad.	X No sabe hacerlo por sí mismo.		X Eliminación urinaria por la baja ingesta de líquidos	

Dx. de enfermería

Alteración en la nutrición r/c malformación funcional cardiaca (fistula de Blalock Toussait) m/p bajo peso de acuerdo a índice de masa corporal y a porcentilas por debajo de la 50.

## OBJETIVO

- Alejandro mantendrá un aporte nutricional adecuado a sus necesidades durante su estancia hospitalaria, para evitar la pérdida de peso corporal y desnutrición en lo mejor posible.

Relación enfermera paciente: de ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Evaluar periódicamente las medidas somatométricas y observar si hay ganancia o pérdida ponderal. Se pesará niño una vez al día sin ropa. (independiente)
2. Administrar líquidos y electrolitos suficientes mediante vía parenteral, cada 8 horas. Vigilar entradas y salidas. (interdependiente)
3. Proporcionarle al lactante los requerimientos nutricionales necesarios por vía parenteral u oral usando sonda nasogástrica mientras haya tolerancia. Se llevará a cabo lentamente y a un ritmo constante, para evitar la sobrecarga gástrica. Se usará bombas de infusión en caso de que tenga soporte con nutrición parenteral haciendo correctamente los cálculos de acuerdo a su peso. (interdependiente)
4. Estos niños necesitan unos altos aportes calóricos. Es importante la necesidad de vitamina A y de ácidos grasos poliinsaturados. Se sugiere al médico tratante, dicha intervención para que sea de colaboración. (interdependiente)
5. Corroborar residuos gástricos, consistencia y características por medio del sondeo estomacal antes de la alimentación (cada tres horas). (independiente)

## FUNDAMENTACION

1. La ejecución de las medidas somatométricas, nos indica si hay pérdida de de la masa corporal en extremidades y por consiguiente por medio del peso diario nos indica también una medida exacta de la evolución del paciente en cuanto a su peso corporal.
2. La ministración de soluciones parenterales nos permiten mantener un equilibrio hidro-eléctrico del paciente y en mantener un aporte calórico necesario para sus funciones vitales.
3. La ministración de alimentos por sonda nasogastrica nos permite evaluar la tolerancia que tiene el niño a la vía oral, ya que podemos percatarnos de la existencia de remanente gástrico, además que ésta técnica permite alimentar al niño poco a poco y en forma progresiva para ayudarlo a tolerar la formula sin exeder de los requerimientos según su capacidad gástrica.
4. El aporte calórico es indispensable para que el paciente lleve a cabo sus funciones vitales, es por eso que se debe de dar una ministración adecuada de éste durante su ayuno prolongado.
5. Se debe procurar no exceder los hidratos de carbono, pues aumentan el  $\text{CO}_2$  que debe ser eliminado mediante la ventilación. Para esto se necesita la colaboración del médico tratante. (interdependiente)

## EVALUACION

A pesar de que el niño permaneció en ayuno durante los primeros dos días de UTI, la pérdida de peso no fue significativa gracias a las intervenciones de enfermería realizadas. Posteriormente al reinicio de la vía oral, el paciente toleró bien la alimentación oral, ya que se fue incrementando poco a poco y en forma progresiva de acuerdo a la tolerancia. Se tuvo ganancia de 250 gr, los primeros 2 días.

Nivel de independencia alcanzado: 1

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Independ	PHANUF Nivel Dep. Indep	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
				F.F	F.C	F.V.	SI	NO
HIGIENE	Totalmente dependiente	3	De acuerdo a la gravedad del paciente limita la movilidad y la actividad excesiva durante su manejo hasta estabilizarse.	X Por edad de paciente.	X Desconoce como realizar el baño y cambio de ropa y pañal		X Piel y tegumentos ya que está expuesto a lesiones por falta de aseo adecuado.	

#### DX de enfermería

Deficiencia en la higiene y arreglo personal r/c la gravedad del paciente m/p piel pegajosa y cabello graso y enredado.

## OBJETIVO

- Alejandro mejorara su higiene por medio del arreglo personal con la colaboración del cuidador en un tiempo de 2 horas.

Relación enfermera paciente: de ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Aseo de la unidad clínica con cambio de ropa cada vez que se le dé el manejo al paciente o cada vez que sea necesario, con el retiro de ropa de cama sucia. (Independiente)
2. Realizar baño de esponja cada 24 horas con el apoyo del familiar para conservar íntegras y sanas piel y mucosa. (interdependiente)
3. Aseo de cavidades, pliegues y espacios interdigitales del paciente por lo menos cada tres horas. (independiente)
4. Cambio de pañal cada vez que el paciente lo requiera y realizar sediluvio si lo amerita siempre manteniéndolo lo más seco posible. (independiente)
5. Aplicar lubricantes en la piel después de cada baño. (inter e independiente)

## FUNDAMENTACION

1. Los desechos permiten la proliferación de microorganismos patógenos.
2. Un objeto limpio se contamina al estar en contacto con una superficie sucia.
3. Los microorganismos son desalojados por medios físicos, químicos o mecánicos.
4. El agua y jabón sirven como arrastre mecánico de los gérmenes.
5. La reducción del número de microorganismos aumenta la seguridad del medio.
6. La limpieza y el orden favorecen el bienestar y el reposo del paciente.
7. Los muebles, la ropa de cama, las paredes y el piso libres de polvo evitan la proliferación de gérmenes patógenos.
8. La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.
9. El uso de emolientes proporciona humedad y vitalidad en la piel.
10. La humedad en zonas de pliegues y espacios interdigitales puede ocasionar la proliferación de hongos y fauna nociva.

## EVALUACION

La ejecución de las intervenciones de enfermería para el aseo y arreglo personal del paciente, favorecieron su reposo y sueño, además que a la vista se nota un ambiente confortable que le ayudan a su rápida recuperación.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 1

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep.	PHANES	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			DIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
		UF Nivel		F.F	F.C	F. V.	SI	NO
APRENDIZAJE	Totalmente dependiente	3	De acuerdo a su edad: No conoce letras, Números ni colores. No asiste a la escuela, responde solo a órdenes sencillas	X Por daño neurológico y retraso psicomotor.	x No recibe educación especial.		X Comunicación. Evitar peligros	

Dx. de enfermería

Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c deficiencias del medio y de estimulación temprana m/p la dificultad para llevar a cabo destrezas características de su edad.

## OBJETIVO

- Alejandro realizara ejercicios de estimulación temprana para favorecer su desarrollo psicomotor, por medio de la aplicación de actividades recreativas y terapia afectiva propias de su edad durante su hospitalización.

Relación enfermera paciente: de sustitución y ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Realizar ejercicios de estimulación temprana al niño durante su manejo o cuando se disponga de tiempo para efectuarlos con la utilización de muñecos o sonajas que llamen su atención. (independiente) (ejercicios descritos en anexos)
2. Permitir que los padres convivan el mayor tiempo posible con el paciente durante el horario de visita y practiquen los ejercicios de estimulación temprana. (interdependiente)
3. Orientar a los padres del paciente sobre el beneficio de los ejercicios de estimulación temprana para que los practiquen con el niño durante la hora de visita con interés (ejercicios explicados en anexos). (independiente)
4. Realizar masajes musculares y en articulaciones al paciente durante su manejo o cuando se disponga de tiempo para efectuarlos, por lo menos durante 15 minutos. (independiente)
5. Favorecer un ambiente tranquilo y seguro para brindar confort al paciente y poder llevar a cabo las actividades planeadas sobre la estimulación temprana. (independiente)

## FUNDAMENTACION

1. La convivencia del niño con los padres favorece su desarrollo cognoscitivo por medio de la estimulación del tacto y el habla.
2. La prolongada estancia hospitalaria para un paciente pediátrico lactante, lo retrasa en su desarrollo psicomotriz.
3. La sobrecarga de trabajo para el personal de enfermería, limita la convivencia con los familiares y pacientes.
4. Un ambiente agradable y tranquilo ayuda a ser mejor receptivo en cuanto al desarrollo cognoscitivo.
5. La aplicación de ejercicios y masajes de estimulación temprana ayudan en la recuperación progresiva del niño en su desarrollo psicomotor.

## EVALUACION

La aplicación de ejercicios y masajes de estimulación temprana, aunada a la convivencia del niño con sus padres provoco un logro en su desarrollo psicomotor, ya que durante la recuperación de su enfermedad, el paciente se tornó con menos rigidez muscular y se logró que pudiera sostener la cabeza por si solo.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 2

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep.	PHANUF Nivel	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
				F.F	F. C	F.V.	SI	NO
M Y O P V O I S M T I U E R N A T O	Parcialmente dependiente	3	Es incapaz de moverse y acomodar su postura por si solo. Hay posturas que el cuidador debe darle de acuerdo a patología.	X Por su corta edad.		X En ocasiones no le agrada las posturas que le adopta el cuidador y procede a cambiarlas.	X Reposo y sueño. Oxigenación. Alimentación. Eliminación. Recreación. Seguridad y protección.	

Dx. De enfermería:

Disminución en la movilidad r/c fatiga y disminución de la fuerza m/p permanecer en misma posición durante un lapso de tiempo prolongado.

## OBJETIVO

- El paciente optara diferentes posturas con la ayuda de enfermería para favorecer la ventilación, el drenaje postural y evitar lesiones en piel por presión mientras el paciente recupera la fuerza para realizarlo por sí solo.

Relación enfermera paciente: de sustitución.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Valorar posibles movimientos anormales (mioclonias, convulsiones o movimientos incoordinados). Durante el manejo o durante el descanso del paciente para valorar alteración en el estado neurológico del paciente. (independiente)
2. La aspiración debe efectuarse con sumo cuidado y sólo de una a cada tres horas. Precaución en la aspiración nasofaríngea y bucal para evitar trauma y que pudiera provocar alteración en la tranquilidad del paciente y una mala postura por molestia o dolor. (independiente)
3. Debe evitarse la estimulación excesiva (visual, auditiva, táctil) para ayudar al descanso del paciente y evitar que su recuperación se alargue y que permanezca mucho tiempo hospitalizado. Para esto se debe proveer de un ambiente tranquilo y una posición cómoda. (independiente)
4. Colocarla en la posición adecuada y más anatómica posible (decúbito supino con la cabeza lateralizada y las piernas algo flexionadas hacia el abdomen) sin olvidar los cambios posturales cada tres horas o cuando sea necesario, así se evitará la formación de escaras por decúbito. (independiente)

## FUNDAMENTACION

1. Un paciente débil y cansado puede presentar mala postura durante su estancia hospitalaria que puede provocar rigidez muscular, dolor y alteración del sueño.
2. Una buena aspiración de secreciones puede evitar una bronco-aspiración del paciente que pudiera presentar mala postura por debilidad o cansancio.
3. Una excesiva estimulación del niño por medio de ruido, luz o tacto, puede causar irritabilidad y provocar una mala postura que conlleve a una alteración del descanso y sueño.
4. Una posición anatómica adecuada para el paciente y los cambios posturales constantes, evitan la formación de escaras por presión.
5. El cuerpo se encuentra en una postura correcta cuando es mínima la fuerza muscular.
6. La alineación correcta del sistema evita traumatismos musculoesqueléticos.

## EVALUACION

La aplicación de las intervenciones de enfermería favoreció a la buena recuperación del paciente, ya que durante la movilización que se realizó, no presentó lesiones en piel y la vía aérea se mantuvo permeable. Conservó alineación anatómica sin presentar deformación de extremidades.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 2

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep.	PHANES DE	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
		UF Nivel		F.F	F. C	F.V .	SI	N O
S P E R G O U T R E I C D C A I D O Y N	Totalmente dependiente	2	De acuerdo a su edad. Desconoce riesgos.	X			X	
				Por su corta edad.			Movimiento y postura, reposo y sueño.	

Dx. De enfermería:

1. Riesgo de sufrir daño físico por caída r/c el mal uso de barandales de la cuna.
2. Riesgo de infección r/c técnicas y equipos invasivos.

## OBJETIVO

- Alejandro evitara enfrentarse a peligros por su incapacidad física por medio de la aplicación de las intervenciones de enfermería, durante su estancia hospitalaria.

- 

Relación enfermera paciente: de sustitución y ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Usar los barandales de la cuna en todo momento; no dejarlos abajo cuando el niño se encuentre solo. (independiente)
2. Mantener limpio y aseado al paciente por medio de la higiene de su cuna, de su ropa y equipo de curación durante los tres turnos para evitar infecciones. (independiente)
3. No dejar ropa de cama o del paciente sucia o mojada para evitar la entrada de microorganismos oportunistas. (independiente)
4. Cambios posturales del paciente por lo menos cada tres horas para evitar lesiones por presión en la piel. (independiente)
5. No dejar material punzocortante sobre la cuna del niño en ningún momento para evitar la que se corte o se puncione, lo que pueda llevarlo a una infección. (independiente)
6. Para la prevención en la infección de catéteres se debe de realizar la curación de éste por lo menos cada 7 días siempre y cuando se encuentre seco, bien fijo y funcional, de no ser así la curación se realizará en el momento que sea necesario. (independiente)
7. Aplicación de la regla de los 5 correctos para la ministración de todos los medicamentos cuando tengan que aplicarse. (Independiente)

## FUNDAMENTACION

1. El uso adecuado de barandales de la cama del paciente previene las caídas, y por consiguiente cualquier tipo de lesión.
2. El deficiente aseo del paciente provoca proliferación de agentes patógenos a cualquier nivel.
3. El contacto del paciente con ropa mojada, provoca hipotermia por evaporación y conducción.
4. Los cambios posturales constantes del paciente previene la formación de escaras por presión.
5. El buen mantenimiento y almacenamiento de material y equipo de curación previene el riesgo de contraer infecciones.
6. Cualquier objeto punzocortante olvidado en la cuna del paciente puede tener graves consecuencias.
7. La limpieza y el aseo de un acceso venoso previene infecciones sistémicas graves.
8. La regla de los 5 correctos es: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta. (32)

## EVALUACION.

Durante la estancia hospitalaria del paciente se llevaron a cabo éstas intervenciones de enfermería y no se reportaron infecciones por material invasivo, no se reportaron lesiones en piel, y no se reportó algún tipo de afección en protocolo de caídas.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 2

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep	PHANES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
			F. F	F.C	F. V.	SI	NO
RELIGION	Totalmente dependiente	2	La madre que es creyente pide mucho a Dios por la recuperación de su hijo.	X	De acuerdo a su corta edad.	X	Relación con realización, aprendizaje, recreación, seguridad y protección. Reposo y sueño.

Dx. De enfermería:

Preocupación y malestar espiritual de familiares r/c proceso patológico del paciente m/c ansiedad, ira y llanto.

## OBJETIVO

- Los familiares del paciente, podrán sobrellevar y afrontar la evolución de la enfermedad de su hijo de acuerdo a sus creencias religiosas sin que desconozcan la situación grave del niño, por medio del apoyo y orientación de enfermería que se les brindará.

Relación enfermera paciente: de ayuda y compañía.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Conocer generalidades sobre las religiones predominantes por medio de la entrevista con familiares, y brindando el apoyo emocional sin dar opiniones ni consejos. (independiente)
2. Participar en el examen físico del paciente para poder brindar orientación a los familiares sobre el estado de salud del paciente. (interdependiente)
3. Comprender la conducta humana sobre a ciertas situaciones para poder brindar el apoyo y orientación emocional. (independiente)
4. Dar seguridad a los familiares del paciente demostrando empatía y buena atención al niño. (independiente)

## FUNDAMENTACION

1. El hombre es considerado como un individuo biopsicosocial, por lo que se integran sus sentimientos, procesos mentales y espirituales.
2. La armonía entre la inteligencia, voluntad y sentimientos del ser humano, le confieren actitudes, creencias y opiniones para lograr equilibrio en la vida, distinción entre lo bueno y lo malo, elección de opiniones y experiencias.
3. Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar y eliminar problemas emocionales y espirituales.
4. La religión es la relación del hombre con lo divino y los deberes que de ella se derivan.
5. La mayoría de los seres humanos buscan la fe en la existencia de Dios. Otros tienen una postura incrédula por ser evolucionistas o materialistas.

## EVALUACION

Al hablar con los familiares del paciente sobre la enfermedad de éste y su evolución, se pudo conocer sus temores y la religión que ejercen. Se les brindó el apoyo y orientación en lo posible, logrando que se tornaran más tranquilos y seguros en lo que se valla presentando de acuerdo a las condiciones del niño sin dejar de conocer su gravedad.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 1

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep	PHANES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
		UF Nivel		F.F	F. C	F. V.	SI	NO
REALIZACIÓN	Totalmente dependiente	2	Requiere del apoyo de su cuidador para lograr los objetivos y actividades propias de su edad para mejorar su estado psicomotor.	X De acuerdo a su patología.			X Relacionado con todas las necesidades.	

Dx. De enfermería:

Alteración de la función de realización r/c poca atención por parte del cuidador m/p distracción de la madre y poco interés para ejecutar ejercicios de estimulación temprana.

## OBJETIVO

- Alejandro realizará funciones propias de su edad por medio de la aplicación de ejercicios de estimulación temprana durante su estancia hospitalaria.

Relación enfermera paciente: de ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Favorecer la relación materno – filial por medio de la orientación sobre problemas y necesidades alteradas del niño de acuerdo a su patología durante su hospitalización. (interdependiente)
2. Animar a los padres a que permanezcan con su hijo y favorezcan el contacto por medio de caricias durante su estancia hospitalaria. (independiente)
3. Informar a los padres sobre las mejoras que ha tenido su hijo si se tiene la capacidad y autorización para hacerlo y solo si las hay. (independiente)
4. Con el fin de facilitar la relación de los padres con el niño se les informará del horario preestablecido y si fuera necesario se valorará su modificación si se cuenta con el apoyo de las autoridades del hospital. (interdependiente)
5. Explicarles los cuidados que realizamos al niño y educación sanitaria durante su hospitalización. (independiente)

## FUNDAMENTACION

1. La relación materna filial ayuda al niño emocionalmente, físicamente y psicológicamente a su pronta recuperación, además que lo mantiene menos irritable con un amplio panorama cognoscitivo.
2. El contacto físico de la madre con el niño, da sensación de seguridad en el paciente y se torna menos irritable y más cooperador.
3. El informar las mejoras que ha tenido el niño a sus padres, les da mayores ánimos para seguir adelante y colaborar en la recuperación de su paciente.
4. El explicar a los padres sobre los cuidados a realizar con su paciente, los hace mas cooperadores hasta el punto donde pueden ellos realizarlos solos, además que se les da más seguridad para efectuarlos.
5. Explicar a los padres que "no todo está perdido" con la enfermedad de su hijo y "que hay mucho por hacer" y que de ellos también depende su recuperación.

## EVALUACION

Al explicar y enseñar a los padres las intervenciones de enfermería a realizar con su hijo, se tornaron más tranquilos y seguros hasta el punto donde ellos eran capaces de realizarlas con nuestro apoyo, se orientó a la madre sobre necesidades del niño y hubo mayor interés hacia su hijo y mayor ganas de sacarlo adelante. Además se fortaleció el lazo afectivo entre madre e hijo.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizada se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 2.

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep	PHANUF Nivel	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
				F. F.	F.V.	SI	NO	
	Dep. Indep	F F		F C				
RECREACIÓN	Parcialmente dependiente	2	No acude a centros recreativos por su escasa edad, interrelación social, aislamiento, rechazo, falta de apego familiar y desinterés.			X Está en hospitalización. De acuerdo a su edad.	X Realización, no puede entablar una relación estrecha y afectiva con niños de su edad.	

DX de enfermería

Recreación ineficaz r/c su estancia hospitalaria m/p escasa interrelación social.

## OBJETIVO

- Alejandro disminuirá el aburrimiento y la irritabilidad por medio de la terapia afectiva y actividades recreativas durante su hospitalización, tomando en cuenta su estado de gravedad y edad.

Relación enfermera paciente: de ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Permitir el descanso y sueño del paciente, respetando horarios de vigilia. (independiente)
2. Hacer uso de juguetes y muñecos con los que se pueda distraer al niño cada vez que se disponga del tiempo. (independiente)
3. Establecer la comunicación con ruidos guturales y murmullos cada vez que se acerque uno al niño. (independiente)
4. Contar cuentos de acuerdo a su edad o favorecer que los familiares lo hagan en cuanto haya oportunidad. (interdependiente)
5. Los familiares canten canciones que llamen la atención del niño durante su visita hospitalaria. (interdependiente)
6. Efectuar sonidos que llamen la atención del niño durante su manejo. (independiente)
7. Que los familiares realicen movimientos de arrullo al niño para calmar su ansiedad durante la visita. (interdependientes)

## FUNDAMENTACION

1. El descanso y sueño del paciente favorece su tranquilidad y disminuye su irritabilidad.
2. El uso de juguetes llama la atención del niño y lo ayuda a apaciguar su ansiedad.
3. La comunicación entre el cuidador y el niño con sonidos guturales hace un ambiente ameno y tranquilo.
4. El contarle cuentos al niño le permite distraerse por el momento de su ansiedad.
5. Las canciones a un niño, lo hace sentir tranquilos y relajados, además que tratan de imitarlo.
6. La distracción al niño por medio de sonidos da buenos resultados, ya que el niño termina por imitarlos.

## EVALUACION

La tranquilidad del niño, y la disminución de su ansiedad, se logró por medio de la ejecución de las intervenciones de enfermería antes mencionadas. Es decir fue favorable.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 1

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep.		PHANUF Nivel	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
	Dep.	Indep.			F.F	F. C	F. V.	SI	NO
RESPIRATORIO	SU	Totalmente independiente	1	De acuerdo a condición física (cansancio) el paciente permanece dormido.	X			X	
					Por causa de su debilidad y su patología.			Movimiento y postura, recreación y realización.	

Dx. De enfermería:

Alteración del sueño r/c la dificultad respiratoria m/p cansancio e irritabilidad.

## OBJETIVO

- Alejandro mantendrá un patrón de sueño adecuado para favorecer el descanso, por medio de las intervenciones de enfermería a realizar durante su estancia hospitalaria.

Relación enfermera paciente: de ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Mantener la vía aérea permeable por medio de la posición del paciente y la aspiración de secreciones. (independiente)
2. Colocar en posición cómoda al paciente para favorecer la relajación de los músculos cada tres horas. (independiente)
3. Respetar las horas de sueño, programando las actividades de enfermería para ocasionar las menores molestias posibles y favoreciendo al menos ciclos de sueño de tres horas. (independiente)
4. Procurar ambiente relajado y manipular al paciente lo menos posible durante el sueño. (independiente)
5. Evitar ruidos, luces y movimientos bruscos durante el sueño del paciente. (independiente)
6. Ministración de medicamentos sedantes y tranquilizantes de acuerdo a la indicación médica aplicando la regla de los 5 correctos. (interdependiente)

## FUNDAMENTACION

1. La programación anticipada de las actividades a realizar con el paciente, permite molestarlo menos y le permite a conseguir más horas de sueño para favorecer el descanso y la recuperación.
2. El proporcionar un ambiente favorable y relajado para el paciente le da oportunidad de conciliar más rápido el sueño de una manera más profunda.
3. El evitar estímulos excesivos al paciente impide acortar sus horas de sueño.
4. Una posición cómoda del paciente permite un sueño más profundo y conlleva a una mejor relajación del mismo.
5. La ministración de sedantes y tranquilizantes favorecen el sueño forzado del paciente, para ayudarlo a su recuperación y procurar el descanso y sueño.

## EVALUACION

La aplicación de las intervenciones de enfermería con el apoyo de la ministración de sedantes y tranquilizantes mantuvieron al paciente en reposo con un sueño profundo que permitió su recuperación rápida y favoreció la manipulación sin provocar varias molestias.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 1

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep.	PHANES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD			DIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
		UF Nivel		F.F	F. C	F.V .	SI	NO
	Dep. Indep.							
VESTIDO	Totalmente dependiente	1	De acuerdo a su corta edad.	X			X	
				Por su corta edad.			Reposo y sueño. Evitar Peligros. Higiene.	

Dx de enfermería:

Incapacidad para usar ropa adecuada r/c políticas hospitalarias m/c solo el uso del pañal.

Riesgo de hipotermia r/c vestimenta inadecuada.

## OBJETIVO

- Alejandro mantendrá la vestimenta y temperatura adecuada sin afectar las políticas hospitalarias para mantener su confidencialidad y pulcritud, además de cubrirlo de corrientes de aire que puedan empeorar su estado de salud, durante su estancia hospitalaria.

Relación enfermera paciente: de ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Cubrir al paciente con la bata o camisón que está permitida por las políticas del hospital, siempre y cuando el niño no presente fiebre. (independencia)
2. Mantener al niño con el pañal limpio todo el tiempo en caso de no contar con la bata o camisón, para dar buen aspecto en cuanto a su aseo personal. (independiente)
3. Mantener limpias las sábanas de la cuna del paciente que demuestre la higiene personal, además que se previene las infecciones nosocomiales. (independiente)
4. Mantener la temperatura adecuada del paciente, vigilando datos de hipotermia e hipertermia por medio del monitoreo cada tres horas. (independiente)
5. Vigilar datos de hipertermia cada tres horas por medio del monitoreo de la temperatura, como piel caliente, taquicardia, diaforesis, etc. (independiente)
6. Vigilar datos de hipotermia cada tres horas por medio del monitoreo de la temperatura, como piel fría, bradicardia, hipoglucemia, etc. (independiente)

## FUNDAMENTACION

1. La exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante.
2. Las corrientes bruscas de aire influyen en la aparición de problemas respiratorios.
3. Al no cambiar, mover o sacudir la ropa sucia del paciente, se esparcen microorganismos patógenos por el aire.
4. Una cama con las sábanas bien estiradas favorece bienestar en el paciente.
5. Un mínimo de ropa sobre el paciente facilita las maniobras durante algún procedimiento.
6. El cubrir correcta y adecuadamente al paciente, da impresión de una buena calidad de servicio.

## EVALUACION

Debido a que por las políticas del hospital, el paciente no podía estar vestido con pijama, y al no contar con camisón acorde a su tamaño, fue necesario la utilización únicamente del pañal, por lo que se debería estar cambiando constantemente para mantener limpio y en buen aspecto al paciente. Fue satisfactoria la resolución en la necesidad de vestir.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 2

NECESIDAD ALTERADA	Grado Dep. Indep	PHANUF Nivel	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD			LADIFICULTAD INTERAC. C/Nec.	
				F.F	F.C	F. V.	SI	NO
COMUNICACIÓN	Totalmente dependiente	1	Por su edad no sabe expresarse, solo emite sonidos.	X De acuerdo a su edad. Falta de apoyo familiar	X De acuerdo a su edad.		X Aprendizaje, como no puede entablar una comunicación verbal efectiva. De acuerdo a su edad.	

Dx. de enfermería

Alteración de la comunicación r/c la gravedad de paciente m/p cansancio y sueño.

## OBJETIVO

- Alejandro entablara comunicación de acuerdo a su edad con el cuidador por medio de la fijación de la vista y la emisión de sonidos guturales dentro de los 3 días.

Relación enfermera paciente: de ayuda.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Hablar con el paciente por medio de sonidos guturales, para llamar su atención durante el manejo o la hora de visita. (independiente e interdependiente)
2. Fijar la mirada con los ojos del paciente, para darle entender que nos comunicamos con él durante el manejo o la hora de visita. (independiente e interdependiente)
3. Efectuar sonidos agradables y de baja intensidad en cuanto al volumen, para estimular su desarrollo psicomotor, y llamar su atención. (Ejercicios descritos en anexos). (independiente)
4. Tocar al paciente mientras se le habla para que entienda que nos dirigimos a él durante su manejo. (independiente)
5. Hablar con el paciente fijando la mirada en sus ojos para apaciguar su ansiedad e irritabilidad. (independiente)

## FUNDAMENTACION

1. La comunicación e interacción efectivas, contribuyen en el logro y conservación del equilibrio psicológico.
2. La interacción del personal de enfermería, pacientes o familiares, es factor básico para determinar las formas en que debe satisfacerse o solucionarse las necesidades.
3. El fijar la mirada con los ojos del paciente, hace una interacción e identificación del paciente con su cuidador.
4. El realizar sonidos guturales con el paciente se crea un lazo de identificación psicológica entre niño y cuidador.
5. Al realizar sonidos y al tocar al paciente mientras se le habla, se logra apaciguar su ansiedad e irritabilidad.

## EVALUACION

Al hablar con el paciente por medio de diferentes sonidos además de la vocalización, mientras se le veía a los ojos y al mismo tiempo se le tocaba y acariciaba, logramos disminuir su irritabilidad y ansiedad, ya que se tornó más tranquilo y concilió el sueño. Además se logro que los padres del niño colaboraran con las intervenciones. La relación entre enfermería con los familiares fue buena y afectiva. Se logró la comunicación visual.

Después de las intervenciones especializadas de enfermería realizadas se obtuvo un nivel de independencia alcanzado: 1

## VII. PLAN DE ALTA

Cita abierta a urgencias. En caso de presentar signos de alarma o dificultad respiratoria.

Cita a consulta externa de cardiología. Para continuar con el seguimiento y evolución de su estado de salud.

Cita para hemodinámica. Y evaluar las condiciones cardiacas en las que se encuentra.

Datos de alarma:

- Respiración rápida.
- Fiebre, agitación al ser alimentado.
- Somnolencia e irritabilidad.

Medicamentos:

1. Captopril 0.1 mgkgd.
2. Furosemide 0.5 mgkgd.
3. Espirinolactona 3 mgkgd.
4. ASA 5 mgkgd.
5. Clarinet.

Además de las recomendaciones realizadas en cuanto a medicamentos, se realizan algunas observaciones por necesidades:

OXIGENACION: Evitar corrientes de aire, avisar a la madre sobre signos y síntomas de alarma.



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.

**NUTRICION E HIDRATAACION:** Canalizar a dietología para que establezca un plan de alimentación adecuado a su edad.

**TERMORREGULACION:** Utilizar ropa de acuerdo al tiempo y clima.

**MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:** Orientación a la madre para realizar ejercicios de rehabilitación y estimulación temprana.

**NECESIDAD DE JUGAR:** Proponer juegos de acuerdo a su edad y que desarrolle el patrón psicomotor del niño.

**NECESIDAD DE APRENDIZAJE:** Concientizar a los padres que es importante que el niño interactúe con otros niños.

**EVITAR RIESGOS:** Actualizar esquema de vacunación, mantener documentación necesaria a la mano y teléfonos de emergencia.

## VIII. CONCLUSIONES.

La neumonía es una enfermedad que puede adquirirse tanto en hospitalización como en la comunidad, y es un problema de salud que representa un gran índice de casos en morbi-mortalidad que conlleva a tener graves consecuencias principalmente en pacientes pediátricos ya que puede ocasionar secuelas irreversibles e incluso la muerte del paciente.

Es por eso que sugiere llevar las medidas necesarias higiénico-dietéticas para prevenirla, sin tener que llegar a la atención médica hospitalaria donde tenga que implementarse la aplicación de un estudio de caso como éste y arriesgarse por la gravedad de la patología a presentar algún problema de salud que perdure de por vida para el paciente.

En lo que se refiere en la aplicación del presente proceso enfermero, al paciente pediátrico con neumonía, descrito en éste estudio de caso; puede concluirse que fue satisfactorio para restablecer las necesidades del paciente en cuanto al problema de neumonía que presentó, ya que se mejoró notablemente, se reincorporo a su vida familiar y se logró corregir además el retraso psicomotor que presentaba a causa de sus constantes hospitalizaciones, con los ejercicios prescritos para su rehabilitación. Por lo que se sugiere que la aplicación del estudio de caso con el proceso enfermero, sea el instrumento de cada día para el ejercicio profesional del personal de enfermería y por lo que se debe concientizar a cada uno de ellos para lograrlo.

Aunque por la patología cardiaca que presenta el paciente, sabemos que su pronóstico es malo para la vida y la función; pero la satisfacción de poder ayudarlo esta vez durante su estancia hospitalaria, habla de lo importante que es implementar un plan de cuidados con enfoque bio-psico-social, además deja un reconocimiento personal profesional y de calidad como especialistas.



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.

## BIBLIOGRAFIA.

- Antología teorías y modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado especializado UNAM posgrado
- Asociación colombiana de neumología pediátrica. Neumonías adquiridas en la comunidad en niños de 1 mes a 17 años. Guías basadas en evidencias. Medellín. Artes y rallados 2003.
- B.J. Taptich. P.W. Iyer, D. Bernocchi-Losey. "Diagnósticos de enfermería y planeación de cuidados". Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1992.
- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2004:1527-1530.
- Bialostozky D, Attié F, Lupi E, Contreras R, Espino Vela J, Atresia Pulmonar con septum interventricular intacto. Arch Inst Cardiol, Mex. 44: 195 Pp. 203 a 205, 1974.
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2001, Pág. 8
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2001, Pág. 19
- Consejo de salubridad. Criterios para la evaluación de procesos y resultados para la certificación de establecimientos de atención medica. México D.F. 2003
- Creager MA and Libby P. Peripheral arterial disease. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, eds. *Libby: Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 8th ed. Saunders; 2007:chap 57.
- De la Hoz F. Vigilancia de neumonía 2002. Informe OPS71NS. Inf. Quinc Epidemiol Nal 2002.Pp, 242
- del pensamiento" capitulo 1, en: El pensamiento enfermero. Edit. Masson, Barcelona, España. Pp. 1-21
- Drummon P, Clark J, Wheeler J. et, al, Comunnity acquired pneumonia; a prespective UK estudi. Arch Dis Chile. 2000; 83(5) Pp. 408-412.



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).

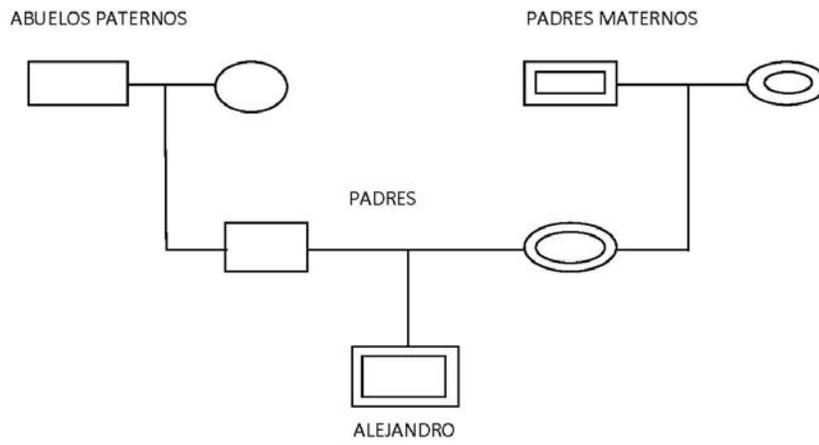
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

- Eisenhauer AC, White CJ. Endovascular treatment of noncoronary obstructive vascular disease. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, eds. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 8th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 59.
- FERNANDEZ FERRIN, C, Novel Marti, G. "Valoración de las 14 necesidades básicas". Capítulo 2 en el proceso de atención de enfermería. Ed. Científicas y técnicas. Masson-Salvat. España, Pp.11-37
- Fundamentos de enfermería Susana Rosales y Eva Reyes. Ed. Manual Moderno. México D.F. 2001. 2ª edición.
- Heiskanen-Kosma T, Corp. M, Jokinen C, et. Al. Etiologi of childhoodp neumonía: serologi results of a prospective, population-based study. *Pediatr Infect Dis J*. 1998; 17(11) 986-991
- Henderson V.A. "The concepts of nursing journal of advanced nursing". Marzo 1978 pag. 24
  - <http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/articulos/articulos10.htm>
- Jorge Manuel Sánchez. José Antonio López. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2002; 59(12): 767-774 2002.
- José Manuel Velasco Bueno. "Revista electrónica de medicina intensiva." Artículo No. 1054
- KEROUAC, S.; Pepin, J. Ducharme, F.; Duquette, A. Major, F (2005) "Grandes Corrientes
- L. Wiek, E:M: King, M, Dyer. "Técnicas de enfermería". Ed. Interamericana. McGraw Hill 1998. Pp. 257-675.
- Lasty Balseiro Almario. "Investigación en enfermería". Ed. Prado. 1991.
- Luis Rodrigo, M. T. Fernández Ferrin, C.; Navarro Gómez, M.V. (2000) "modelos conceptuales enfermeros". En: de la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. Edit. Masson. Barcelona España. Pp.29-41
- Margot Phaneuf. la planificación de los cuidados enfermeros. Ed. McGraw-Hill Interamericana1999.Pp.16-26
- Mariana E. Navarrete. "Estimulación y aprendizaje". Tomo 1. Ed. Gil Editores.
- Martins Da Silva V. "Enfermería en cardiología" No.32-33/3er-4º cuatrimestre 2004.

- McIntosh K. Community-Acquired Pneumoniae in children. *New England Journal Med.* 2002; 346-437.
- Medina C.C. "Enfermería del Siglo XXI. Ética y Legislación" 1era. Edición, México 2000, Editorial Difusión Avances de Enfermería.
- Potter, P., "Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica", 5ta. Edición, Editorial Harcourt-Océano, , Barcelona 2001, Pág. 413
- Rosalinda Alfaro LeFevre. "APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO". Ed. MASSON. 5ª edición.2005.
- RUDAN, Igor and who child health epidemiology reference group. "estimación mundial de la incidencia de neumonia clínica entre los menores de 5 años" *Bull World H.* 2004,v.82 n.12 895-903
- Secretaria de salud publica. Ley y reglamentos del artículo 5 constitucional. Relativo al ejercicio de las profesiones en el distrito federal. 1994.
- Susana Rosales B. "Fundamentos de enfermería". Ed. El manual moderno. 2ª edición. 1999. Pp. 219-292
- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice.* 17th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2004:1823-1825.
- Usach López, Ma. J. Enguídanos López. "artículos científicos".
- Virginia Henderson. "Enfermeras teóricas". <http://www.teleline.terra.es/apbril>.Pag.1-3
- Yorales A. Gonzalez. Baltimore RS. *Pneumonía. Pediatric infectious diseases. Principles and practice.* USA. McGraw-Hill.1995.Pp.983-1026.
- Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, eds. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 7th ed. St. Louis, Mo; WB Saunders; 2005:1515.

# ANEXOS

## MAPA FAMILIAR



---

Elaboro: Juan G. Sandoval B.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA INFANTIL  
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Leonor Hernández Rojas declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo(a) Hernández Rojas Alejandro participe en el estudio de caso Estudio de caso a un niño de tres meses de edad con alteración en la necesidad de oxigenación secundario a neumonía cuyo objetivo principal es: Aplicar el proceso enfermero basado en el modelo de Virginia Henderson para cubrir sus necesidades básicas del paciente y restablecer su salud. Y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: los procedimientos consisten en: aplicar procedimientos básicos para cubrir las necesidades alteradas en el paciente Y contestar en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hijo(a). Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.  
Nombre del responsable del estudio: Juan G. Sandoval Balanzario

\_\_\_\_\_  
Firma.

Nombre del padre o tutor: Leonor Hernández Rojas

\_\_\_\_\_  
Firma

Testigos.

Nombre: Olga Cedillo Mendez Nombre: Ubaldo Solares Escandón

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## EJERCICIOS DE ESTIMULACION Y REHABILITACION.

(PRIMER MES)

### AREA MOTORA.

1. Con el bebé en brazos, estimular las mejillas, a nivel de piel, con los dedos o un objeto suave, primero una y luego la otra; la intención es que este estímulo despierte el movimiento de la cabeza hacia uno y otro lado.

El mismo ejercicio se puede hacer al estimular los labios y provocar el movimiento de estos, iniciar a la succión, se puede usar una cucharita de plástico o un chupón.

2. La presión en esta etapa es un acto reflejo que hay que saber aprovechar para los logros futuros.

El bebé instintivamente presiona lo que se le coloca en los dedos.

Coloque alternativamente tiritas de hule espuma de colores y tubitos de madera de manera que pueda cerrar los dedos con las cosas en la mano.

Déjelos por un momento, luego se los quita y se los vuelve a colocar para estimular el movimiento.

3. Boca arriba, mover brazos y piernas, flexionar y extender. Si el bebé presenta flacidez muscular se puede usar pequeñas bolsitas de arena como pesas.

4. Acostado boca arriba, tomarlo de las caderas y girarlo a la derecha y a la izquierda.

Con las manos en las pompas del bebé, lo levantamos arriba y abajo.

Con las manos en la espalda, lo sentamos y lo hacemos arriba y abajo.

5. Con el bebé boca arriba y descalzo, poner las palmas de las manos sobre las plantas de los pies, mover para hacer flexiones y provocar que el bebé haga fuerza.
6. Con el bebé boca arriba, tomarlo de los brazos y levantarlo, lentamente, hasta la posición de sentado. El objetivo es iniciar el control de la cabeza. Una vez que está en esta posición, con ayuda de sostén lo tomamos bien de los brazos y hombros, para colaborar con la posición de la cabeza.

#### AREA INTELLECTO – COGNITIVA.

7. La estimulación en este periodo consiste en activar las reacciones reflejas para luego hacerlas intencionales.  
En esta ocasión, se puede trabajar los ejercicios 1 y 2 para estimular la reacción; al repetir el estímulo varias veces, la respuesta refleja comienza a tener motivación.

#### AREA DEL LENGUAJE.

8. El ejercicio primordial es hablarle con motivo de estimular la audición y familiarizarlo con las voces de su entorno.
9. Con el bebé acostado, puede ser boca arriba o boca abajo, colocar a la altura del oído, de un lado y del otro, una fuente sonora; cajita de música, juguete musical, etc.  
El objetivo es que el bebé reaccione a estímulos sonoros, ya sea con el cuerpo, con una expresión facial, girando la cabeza, etc.
10. Repetir los sonidos que el bebé emite, de la misma forma y con la misma entonación, ya sea vocalizaciones o sonidos guturales.

En una segunda instancia, cuando el bebé está despierto, estos mismos sonidos pueden ser incitados aunque el bebé no los repita, pero debe demostrar una reacción corporal.

11. Mover objetos que emitan ruido delante del niño, para que a través del estímulo sonoro se estimule la atención.

#### AREA SOCIAL Y DE LA CONDUCTA – AUTONOMIA.

12. El contacto físico es primordial para el bebé y sobre todo en éste primer mes con el mundo externo.

Trate de estar con el bebé, hablarle, acariciarlo, estimularlo en el ratito que esté despierto; muéstrele su presencia o la de quien está con él.

Deje todo lo que tenga que hacer para cuando el bebé duerme y participe junto a él. En el primer mes la memoria es solo inmediata, entonces hay que reeditar a cada momento la relación, el vínculo con la mamá y con los otros, el contacto físico, las caricias, los masajes, las cosquillas, etc. Son la mejor vía en éste momento.

(2º mes)

#### AREA MOTORA.

1. En algún momento del día, dejarlo acostado con ropa liviana, dejarlo que se mueva libremente.
2. Acostar al bebé sobre una almohada de forma de forma tal que la cabeza no esté totalmente apoyada. Para empezar el ejercicio, las manos de mamá pueden sostener la espalda y luego dejar al bebé sobre la almohada y sostener la cabeza, a medida que el niño afloje el control de la cabeza.

3. Acostado boca abajo apoyar la mano en las pompas del bebé, y moverlo hacia arriba y hacia abajo, de un lado a otro.
4. Mantener el estímulo táctil de presión, para que abra y cierre las manos.

#### AREA DE LENGUAJE.

5. Diríjase al niño ante cualquier manifestación de lenguaje, así comenzara a darse cuenta que los sonidos, que el mismo emite, llevan a la comunicación, incitarlo a emitir sonidos ante sus necesidades. Use el lenguaje también para calmar un episodio de llanto.

#### AREA SOCIAL Y DE CONDUCTA.

Cuando el niño esté despierto, permítale estar entre otros, los hermanos, el papá, etc. Decirle: éste es tu hermano, tu abuela, etc.

El bebé empieza a sentir que pasa a su alrededor y es importante que valla sabiendo que cada conducta suya despierta reacciones en otro.

Cuando está despierto, hay que prestarle atención, jugar con él y acariciarlo, familiarizarlo con la casa y los ambientes; si hay tiempo, sacarlo a pasear al aire libre.

#### AREA INTELLECTO - COGNITIVA.

Es el momento que comienza a explorar, mostrarle y nombrarle todo para que en poco tiempo desee alcanzar lo que le interesa o llama su atención.

Desde aquí, y a través de sus necesidades y sensaciones físicas, comienza a tomar noción de su cuerpo y de sus sentidos. No está de más, durante el baño y las caricias, nombrar las partes de su cuerpo.

Los masajes ocupan un lugar hiperestimulante, proveen al bebé de caricias y contacto físico, relajan su cuerpo y lo llevan a diferenciar lo placentero y lo no placentero.

Es apropiado empezar con la estimulación directa de la vista y la audición.

6. Con el bebé en su sillita, sentado o acostado; colocar una fuente sonora que despierte movimientos de brazos y piernas. Tal vez aun no pueda dirigirse a la fuente, pero si debe demostrar una señal que denote una reacción, por ejemplo: si llora, que el llanto ceda o cambie de tono.  
Determinados momentos podemos acompañarlo con música, cajitas musicales o cuneros musicales para cuando se duerma, y cuando esté despierto con objetos llamativos delante de su vista, como durante el baño.

(3 MESES)

AREA MOTORA.

1. Acostar al bebé boca arriba con ropa cómoda, sobre una colchoneta; no sobre la cama ni superficie sumamente rígida. Colocar entre los dedos de la mano, globos pequeños e inflados. El niño moverá el brazo. El movimiento será estimulado y provocado por la atención del niño a los globos.
2. En la misma posición, colgar de un cordón un globo u objeto llamativo, moverlo para que el niño intente agarrarlo. No permita que el niño tome el objeto ya que se pretende estimular el movimiento de brazos.  
Provocar el mismo movimiento en las piernas.

3. Nos sentamos con el bebé en el piso. Nuestro cuerpo es su respaldo. Colocamos delante del niño, una silla pequeña o cualquier apoyo con objetos llamativos y lo incitamos a estirarse para que tome los objetos empujándolo suavemente.
  
4. Acostar al bebé boca abajo sobre un almohadón de forma cilíndrica. La altura del cilindro debe permitir que el bebé tenga un punto de apoyo con las manos y los pies.  
Una vez que el bebé está en posición, tomamos las piernas y lo movemos hacia adelante y hacia atrás. Esto ayuda a que el niño aprenda a acomodar los brazos y manos para buscar apoyo. Se irá aumentando la altura del cilindro conforme el niño valla progresando.
  
5. Repetir el ejercicio pero ahora boca arriba.

#### AREA INTELECTO- COGNITIVA.

En todas las actividades diarias que demanda el bebé, usar objetos que funcionen como signos para reconocer lo que vendrá.

Ejemplo:

Alimentación; mostrar el biberón, anticipa que vendrá el alimento.

Baño; usar una esponja o juguete que se usara en la bañera.

Sueño; mostrar la pijama indicara que llevo la hora de dormir.

El sonido del timbre que indica la llegada de papá.

6. Empezar con el reconocimiento de objetos personales: cama, muñeco, etc.

#### AREA DEL LENGUAJE.

El lenguaje de los adultos toma importancia ya que ahora se diferencia de otros sonidos, y tal vez es transmisor de peligro, placer, tensión, etc.

Se inicia la coordinación de sonido con movimiento.

7. Con el bebé sentado en una sillita, mover una fuente sonora, para despertar en el niño el movimiento por efecto.

Además del llanto aparecen más sonidos en el bebé como una vocal, o sonidos guturales. Repetir todos los sonidos que el bebé haga.

Esta repetición despertará la noción de imitación, de escuchar y de crear el sonido logrado primero por casualidad.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

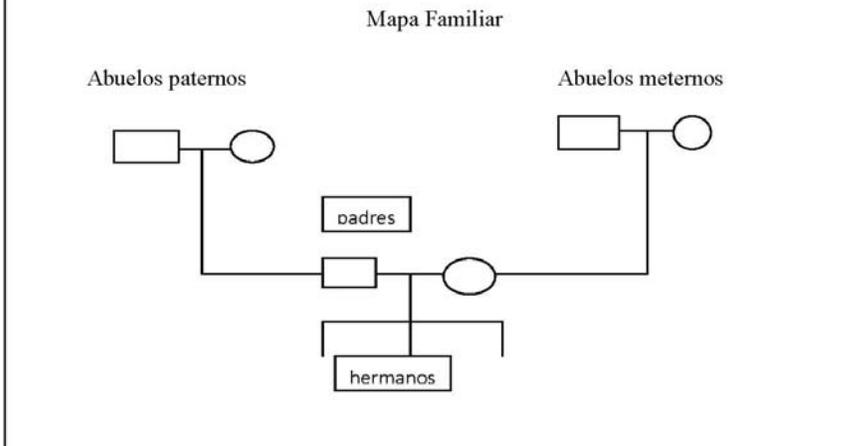
ENFERMERIA INFANTIL

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

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

I	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____ Edad del padre: _____ Nombre del padre: _____ Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____ Escolaridad padre: _____ Madre: _____ Niño: _____ Religión: _____ La información es proporcionada por: _____ _____ Domicilio: _____ Procedencia: _____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____ Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____
II	Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres. Hermanos, tíos y Abuelos _____ Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____ Servicios intradomiciliarios: _____ _____ Disposición de excretas: _____ Descripción de la vivienda: _____ Ingresos económicos de la familia: _____ Medios de transporte de la localidad: _____

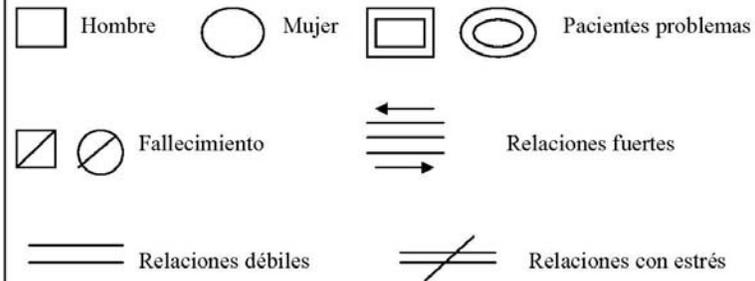
Mapa Familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relaciones Afectivas	Enfermedades

Símbolos



III	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___</p> <p>Informe sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___ No: ___ Servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricción en la visita: _____</p> <p>_____</p>
IV	<p>Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____</p> <p>Lloró al nacer: _____ Respiró al nacer: _____ Se realizaron maniobras de resucitación: _____ Motivo de consulta /hospitalización: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene en niño? _____</p> <p>¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____ El niño es alérgico: Sí: ___ No: ___</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿a que es alérgico? _____</p> <p>¿Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p> <p>_____</p> <p>Vacunación _____</p>
I	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____</p> <p>Licuados: _____ Otros: _____</p> <p>¿Come solo? _____ ¿Con Ayuda? _____ ¿Con quién come? _____</p> <p>Lugar: _____ Alimentación especial: _____</p> <p>¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____</p> <p>¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____</p> <p>Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____</p>

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

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

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

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

13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quien cuida al niño: _____ En donde: _____ Asiste a la Guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____</p> <p>¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Si: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____</p> <p>¿Cómo reaccionó? _____</p> <p>¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo? _____</p> <p>Señale qué temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____</p>
14	<p style="text-align: center;">Realización</p> <p>¿Qué espiraciones tiene usted de su hijo? _____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: Si: _____ No: _____ Si la respuesta es sí, explique por qué y cómo: _____</p> <p>Otros datos: _____</p> <p>Nombre de la enfermera: _____</p> <p>Fecha: _____</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MAXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERIA INFANTIL

VII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

2.- Orientación dietética: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.- Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía

4.- Registro de signos y síntomas de alarma:

(¿Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

6.- fecha de próxima cita: \_\_\_\_\_

7.- Observaciones (se incluirá folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad).\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_

Nombre de la enfermera (o):\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_