



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”**



ESTUDIO DE CASO

**LACTANTE MAYOR CON DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN
Y SEGURIDAD Y PROTECCIÓN POS OPERADA DE TRASPLANTE RENAL POR
ENFERMEDAD RENAL CRONICO TERMINAL**

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

**PRESENTA:
LEO. MARÍA ISABEL MARTÍNEZ JUÁREZ**

**ASESOR:
E.E.I. MARICELA CRUZ JIMÉNEZ**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., 2016



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

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	6
I. FUNDAMENTACIÓN TEORICA	
1.1 Antecedentes	7
1.2 Proceso de Atención de Enfermería	13
1.3 Teoría de Virginia Henderson	32
Esquema: Relación entre la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el PAE	42
1.4 Consideraciones Éticas del Cuidado	43
1.5 Factor de Dependencia	50
II. METODOLOGÍA	
2.1 Descripción del caso	53
2.2 Métodos e Instrumentos	62
2.3 Proceso del Diagnóstico	63
2.4 Proceso de Planeación	68
2.5 Proceso de Ejecución y Evaluación	69
2.6 Plan de Alta	176
III. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	178
IV. BIBLIOGRAFIA	180
V. ANEXOS	
5.1 Mapa Familiar	186
5.2 Historia Clínica	187
5.3 Formato de Consentimiento Informado	196
5.4 Hoja de Reporte Diario	197
5.5 Tríptico	199

DEDICATORIA

A Dios: Por demostrarme con cada sueño y logro alcanzado que estas siempre conmigo.

A los hombres de mi vida: Por su amor, apoyo y tolerancia en este gran reto. Gracias por recordarme tantas veces el motivo que necesitaba para seguir adelante. Los amo hasta el infinito.

A mi madre: Por ser la mujer más extraordinaria, maravillosa y leal que conozco. Gracias por tu apoyo incondicional y por amarme tanto como yo a ti.

A mi padre: Porque sé que podrías recorrer el mundo entero a cualquier hora solo para regresarme a casa sana y salva. Te amo.

A mis hermanas: Por ser el apoyo que siempre he necesitado, por ser las segundas madres de mi hijo, por brindarme las palabras de consuelo y motivación cuando perdía el sentido a todo. Las amo.

A mi mejor amiga: Por brindarme siempre las palabras adecuadas que reconfortan mi alma. Gracias. ¡Ya te extraño!

AGRADECIMIENTOS

A la familia Pérez Pereda, ya que sin ustedes y sin su gran colaboración así como su buena disposición este trabajo no hubiera sido posible. Son una familia de guerreros. Toda mi admiración y respeto.

A la Lic. Patricia Vergara y Maestra Graciela Morales, por creer en mí y por su apoyo incondicional hasta el final.

A la profesora Maricela Cruz Jiménez, por ayudarme a aterrizar mis ideas y por ser una excelente docente.

Gracias.

INTRODUCCIÓN

El avance y el desarrollo del profesional de Enfermería ha estado en constante movimiento gracias a las bases de los modelos conceptuales los cuales representan un soporte teórico y científico del Cuidado Enfermero, nos ofrecen los conceptos básicos sobre la persona, el entorno, la salud y el rol del profesional, el objetivo de los cuidados, indica el origen del problema, delimitan la competencia y el área de responsabilidad, el centro de atención y los modos generales de la actuación, resultados que se esperan y evaluación de la calidad y la eficacia de los cuidados.

El Modelo de Virginia Henderson es el más conocido y adoptado por el Consejo Internacional de Enfermería por ser coherente con los valores culturales y emplear terminología de fácil comprensión para describir los conceptos, su construcción es muy abierta lo cual permite adoptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno, incluye colaboración con otros profesionales de salud, conceptúa al ser humano como biopsicosocial y espiritual, reconoce a la persona como capaz de ocuparse de sus propios cuidados, propicia el desarrollo de un estilo de vida sano, propone un método de solución de problemas y permite el uso de taxonomías de diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association para formular los problemas identificados.

El presente trabajo tiene la finalidad de presentar el estudio de caso de una lactante mayor con ERCT pos Operada de Trasplante Renal que tiene dependencia en la necesidad de eliminación y en la de seguridad y protección apoyada en el modelo de V. Henderson y el Proceso Atención de Enfermería. El trabajo está integrado por cinco apartados; en el primero se describen los antecedentes, el Proceso de Atención de Enfermería, la teoría de Virginia Henderson, las consideraciones éticas y el factor de dependencia que en este caso se refiere a la Enfermedad Renal Crónico Terminal.

En el siguiente apartado comprende la descripción de caso, metodología, las etapas del diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación así como el plan de alta.

En el apartado número tres se incluyen las conclusiones y sugerencias, la bibliografía se encuentra en el apartado cuatro. En el último apartado de anexos se encuentra la historia clínica, formato de consentimiento informado, hoja de reporte diario y tríptico.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un estudio de caso en una lactante mayor con alteración en la necesidad de eliminación y seguridad y protección por Enfermedad Renal Crónico Terminal utilizando el Proceso Atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Objetivos Específicos

- 1) Realizar las valoraciones de las 14 necesidades y detectar las fuentes de la dificultad en una lactante mayor por Enfermedad Renal Crónico Terminal.
- 2) Elaborar diagnósticos de enfermería después de haber jerarquizado las necesidades en una lactante mayor con Enfermedad Renal Crónico Terminal y en su cuidador primario.
- 3) Elaborar planes de cuidado y realizar intervenciones especializadas de enfermería.
- 4) Ejecutar los planes y evaluar el logro de los objetivos establecidos.
- 5) Elaborar un plan de alta en colaboración con la familia.

I. FUNDAMENTACIÓN TEORICA

1.1 Antecedentes

Para la realización de este Estudio de Caso se hizo una búsqueda exhaustiva de artículos en revistas de publicación científica, dicha búsqueda abarco diferentes etapas de desarrollo en el paciente pediátrico.

Se encontraron un total de 10 artículos, de los cuales 1 corresponde a un recién nacido, 5 a lactante menor, 1 a paciente en edad escolar y 3 a adolescentes.

Los buscadores donde se encontraron estos artículos Google académico, Elsevier y Scielo utilizando las palabras clave: estudio de caso, Henderson, necesidades, alteración, paciente pediátrico, dependencia, proceso enfermero, atención de enfermería, case study, Henderson, needs alteration, pediatric patient, dependency, nursing process , nursing care.

A continuación se realiza el análisis de los artículos encontrados:

El primer artículo se refiere a un caso realizado en un neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación en un Instituto de Salud del Estado de México, donde la autora C. Martínez utilizó la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE) y el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson donde se logró conjuntar teoría y práctica profesional para lograr en lo posible la independencia del neonato pretérmino abordando la necesidad de oxigenación como necesidad prioritaria. (C. Martínez 2015)

El siguiente articulo realizado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por A. Carreño en un lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo en enfoque de Henderson basó su estudio de caso en la metodología del PAE el cual se aplicó a un paciente pediátrico masculino de 34 días de edad, hospitalizado en el Servicio de Cardiopediatría en el Área de Aislados del INCICH, utilizando el formato de valoración elaborado con base en el modelo de Virginia Henderson e implementado por la Dirección de Enfermería de este instituto. Las variables de

estudio fueron las 14 necesidades, se identificaron las más alteradas y posteriormente se formularon los diagnósticos en el formato PES, así como etiquetas diagnósticas de la NANDA, se plantearon cuidados con base en las Guías de Práctica Cardiovascular. (A. Carreño 2011)

En el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” en el servicio de Urgencias A. Hernández realizó el artículo titulado “Cuidado especializado de enfermería a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura”. El método utilizado para la realización del estudio fue el PAE orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson. Siguiendo las etapas del proceso de atención de enfermería, el método clínico fué la clave para la evaluación de datos objetivos empleando como fuente primaria la exploración física exhaustiva y focalizada; los datos subjetivos fueron extraídos de fuentes secundarias como la consulta del expediente clínico y la entrevista al familiar, completándose de esta forma la valoración. Para el proceso de construcción del diagnóstico se utilizó la propuesta taxonómica de la NANDA, en la elaboración de diagnósticos reales se utilizó el formato Problema Etiología Signos y Síntomas y para los diagnósticos de riesgo el formato de 2 partes (problema y etiología); en el proceso de planeación especializada se empleó la taxonomía Clasificación de Intervenciones de Enfermería para finalizar el Proceso Atención de Enfermería se destacan las intervenciones que se ejecutaron del plan de intervenciones y la evaluación de dichas intervenciones.(A. Hernández 2011).

Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena es el estudio de caso realizado por M. Sierra el cual llevó a cabo en el Servicio de Cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez utilizó el modelo conceptual de Virginia Henderson, el cual afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes, considerándola como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería, mismos que los ubica en catorce componentes o necesidades básicas del paciente, junto con la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se realizó un Plan de Intervenciones de Enfermería, en un paciente pediátrico con diagnóstico

de coartación aórtica con conducto arterioso persistente e hipertensión arterial pulmonar, durante el período postquirúrgico. Sierra propuso en su PAE un plan de intervenciones de alta calidad humana para la atención del paciente objeto de su estudio de caso. (M. Sierra 2010).

Otro estudio realizado por E. Díaz en el Instituto Nacional de Pediatría titulado “Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita” realizó las siguientes acciones; elección del lactante en el servicio de cardiotorax; solicitud del consentimiento informado de la madre; revisión bibliográfica extensa para la construcción del marco teórico; valoración de enfermería con el formato para evaluación de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años del INP; jerarquización de necesidades basada con el Modelo de Virginia Henderson, elaboración de diagnósticos enfermeros, planeación y ejecución de intervenciones especializadas de enfermería bajo el rigor ético pertinente, y la evaluación del resultado. Díaz concluyó que el método enfermero es el ideal para la detección oportuna de las necesidades humanas alteradas, permitiendo establecer las intervenciones especializadas que garanticen una atención segura y cálida en el entorno del ser humano. (E. Díaz 2011).

C. Meza en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez elaboró el estudio de caso el cual lleva por nombre “Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson”. Para dicho estudio Meza realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal durante dos meses, basado en el Proceso de Atención de Enfermería, con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Se abordaron las 14 necesidades humanas con un instrumento de valoración validado y se establecieron los diagnósticos de enfermería; las intervenciones están basadas en evidencia científica; se incluyó una evaluación integral y un plan de alta. La autora en su trabajo concluyó que el proceso enfermero es fundamental para otorgar cuidados de calidad, y aunque no permitió disminuir la dependencia del lactante o la suplencia total de enfermería no hubo complicaciones y se pudo orientar al familiar. (C. Meza 2013).

Para la realización del estudio de caso bajo la autoría de E. Carrillo en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez el cual título “Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardiaca aplicando el modelo de Henderson” Carrillo llevó a cabo una búsqueda sobre artículos y fuentes de información en bases de datos electrónicas. La selección del caso se realizó en el Servicio de Cardiología pediátrica para su elaboración se otorgó el consentimiento informado por parte del cuidador primario. Posteriormente recolectó los datos de forma directa e indirecta. Realizó cuatro valoraciones, una exhaustiva y tres focalizadas, a través del instrumento de las 14 necesidades, adaptado del formato de valoración de Virginia Henderson utilizado en el INCICH para el Postgrado de Enfermería Cardiovascular. Se llevó a cabo un análisis de las necesidades y jerarquización de las mismas, de acuerdo al grado de independencia y dependencia utilizando la escala de continuidad de Phaneuf , elaboró diagnósticos de enfermería estructurados mediante el problema, la etiología, así como los signos y síntomas, utilizó las etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA; por último elaboró planes de cuidados para cada uno de ellos. (E. Carrillo 2013).

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez se realizó el siguiente estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. Para este estudio Y. Gaona utilizó el Proceso Atención de Enfermería, orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la recolección de la información se realizó mediante fuentes primarias y secundarias, realizó valoraciones focalizadas obteniéndose 15 diagnósticos enfermeros de los cuales 5 están en dependencia, 5 en riesgo y 5 en independencia; la realización de los mismos se hizo apoyándose en la taxonomía de la NANDA versión 2009-2011 y en el formato PES. Se detectó el grado y nivel de dependencia de acuerdo a la escala propuesta por Margot Phaneuf, y planeó las estrategias a realizar para que ella alcanzara su independencia. Gaona hizo un análisis de cada necesidad con la finalidad de jerarquizarlas, así mismo se realizó dos planes de intervención de la necesidad de Seguridad y Protección que es la prioritaria y se describió las intervenciones especializadas así como las actividades específicas. La autora concluyó que las intervenciones propuestas en el plan se logró que el paciente y su

cuidador primario identificaran como enfrentar los problemas derivados de la pérdida de las funciones sensoriales así como evitar complicaciones futuras y mejorar así el nivel de dependencia de las necesidades alteradas.(Y. Gaona 2013).

M. Meraz en su estudio de caso *Alteración de la seguridad y Protección en un Adolescente Masculino* desarrolló dicho estudio que el cual reflejó los cuidados especializados a un adolescente masculino con alteración en la necesidad de seguridad y protección por leucemia linfoblástica aguda L2 (LLAL2), a través del Proceso Atención de Enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson. Los datos fueron obtenidos de fuente primaria (el paciente) y secundarias (la familia, el expediente, otros profesionales de la salud). Utilizó la taxonomía de la NANDA para la redacción de los diagnósticos de enfermería y para la planeación la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Meraz jerarquizó las necesidades de la más dependiente a las que se encontraron en independencia. Estructuró 16 diagnósticos de Enfermería, de los cuales siete fueron reales, cinco de riesgo y cuatro de salud. Para la planeación utilizó la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), clasificando las intervenciones en independientes e interdependientes. Presentó sólo un diagnóstico considerado de alta prioridad para el cuidado del paciente. (M. Meraz 2012).

Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez publicado por P. Alvarado se utilizó la siguiente metodología. Para la etapa de valoración se utilizó un instrumento diseñado por la Academia de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia para niños en etapa escolar de 6 a 12 años, dirigido a recabar datos subjetivos del grado de independencia de las 14 necesidades determinadas por Virginia Henderson, reunió datos objetivos a través de una exploración física sistemática, conjuntamente utilizó la hoja de reporte diario para la valoración focalizada de las necesidades para determinar el grado y duración de dependencia de las necesidades alteradas con propuesta de Phaneuf *Continuum Independencia-Dependencia*.: Elaboro 14 diagnósticos, jerarquizó de acuerdo al grado de dependencia para cada necesidad

alterada o con datos potenciales de riesgo de dependencia. Sólo dos diagnósticos de mayor prioridad incluyeron en este trabajo. Posteriormente, diseñó planes de cuidado personalizados con intervenciones específicas para cada alteración aplicando del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Alvarado concluyó que el caso antes mencionado ejemplifica la importancia que tienen los padecimientos cardiacos y la necesidad de proporcionar cuidados especializados a este tipo de pacientes. (P. Alvarado 2013).

A partir del análisis de los artículos anteriores se puede concluir que la Enfermería Basada en la Evidencia y el Proceso Atención de Enfermería son la base de la cual debemos partir para llevar a cabo y sustentar nuestro ejercicio profesional garantizando así la provisión de cuidados especializados y de calidad.

Cabe mencionar que los todos estos artículos se basan en el modelo de Virginia Henderson aplicado a pacientes pediátricos. Dicho modelo utiliza una terminología sencilla por lo que facilita la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería conceptualizando a la persona y a su cuidador primario como un ser biopsicosocial y espiritual incluyéndolo en todo momento en la participación de su cuidado. En cuanto al factor de dependencia (Enfermedad Renal Crónico Terminal) del presente estudio de caso ninguno de los artículos antes mencionados se relacionan con este.

1.2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. Las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamentales: Persona, Salud, Entorno y Cuidado (Rol Profesional o de Enfermería). (INEPEO 2013)

El PAE es el método sistemático, organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales (Alfaro 2007).

Objetivos:

- Establecer una base de datos para el paciente.
- Determinar las prioridades de los cuidados, objetivos y resultados esperados.
- Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir necesidades individuales del cliente, la familia y la comunidad.

Características:

- Sistemático
- Dinámico.
- De naturaleza interactiva.
- Flexible
- Tiene una base teórica.
- Potencia el desarrollo profesional, favorece el desarrollo cognitivo técnico e interpersonal a través de sus etapas.

El PAE consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación. A continuación se analizan brevemente cada una de ellas.

La **Valoración** de Enfermería. Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta a esta. Llevar a cabo el proceso de valoración conlleva, desde el inicio la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de su competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, decisiones que, sin duda, son influenciadas por los conocimientos, las habilidades, las conceptualizaciones, las creencias y valores, de quién lleve a cabo tal valoración. La valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que estén viviendo las personas, sino a su respuesta, a modo de responder, actuar, comportarse, ante este Proceso de Atención de Enfermería.

La valoración se sitúa al principio del proceso, y de ella depende su desarrollo. Desde la puesta en marcha de este instrumento, la recogida de datos se convierte en un proceso continuo de recogida de información. A lo largo de su trabajo la enfermera no dejara de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los clientes. (Phaneuf 1993).

Objetivos de la valoración de enfermería.

El propósito de la valoración de la enfermera es “captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención”. Rellenar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los cumplimenta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, está concienciada de la necesidad y validez de la acción que está realizando. La valoración de enfermería es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que dependerá el éxito de nuestro trabajo, cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de nuestra intervención. (Rev. Salud pública Paraguay 2013)

Pasos de la valoración:

1. Recolección de la información.
2. Validación de la información
3. Registro de la información.

Tipos de valoración

Tipo	Momento de Ejecución	Propósito
Valoración inicial	Realizado en el proceso especificado, después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria	Establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones.
Valoración focalizada	Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros	Determinar el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior
Valoración urgente	Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente	Identificar problemas que amenazan la vida
Valoración después de un tiempo	Varios meses después del estudio inicial	Comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente

Fuente: Kosier B. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica .5ª ed. Ed. Interamericana 1999. p 97

Métodos de recolección de datos.

1. **La observación.** Observar es reunir datos utilizando los 5 sentidos. La observación es una capacidad consiente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado. Aunque las enfermeras realizan la observación con la vista principalmente, en las observaciones minuciosas se utilizan la mayoría de los sentidos. Las observaciones de enfermería deben estar organizadas de manera que no se omita nada importante. La mayoría de las enfermeras siguen un orden en especial para observar los hechos y lo hacen normalmente, centrándose ante todo en los hechos.
2. **La entrevista.** La entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con un propósito de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento, el propósito de la entrevista es la recogida de datos.

Existen 2 tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista tiene **4 objetivos** en el contexto de la valoración de enfermería:

1. Le permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación.
2. Facilita su relación con el cliente creando una oportunidad para el diálogo
3. Permite al cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos.
4. Le ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante todos los componentes del proceso de valoración

La entrevista es un complejo proceso que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas. Se diferencia de los tipos de entrevista realizados por otros

miembros del equipo de atención sanitaria en que va enfocada a la identificación de respuestas del cliente que se pueden tratar a través de actuaciones de enfermería. Se trata de un proceso dirigido diseñado para permitir que tanto el profesional de enfermería como el cliente den y reciban información.

Partes de la entrevista.

- a) **Introducción:** es la fase introductoria, profesional de enfermería y cliente comienzan a desarrollar una relación terapéutica. Su actitud profesional probablemente sea el factor más significativo en la creación de un ambiente en el que se pueda desarrollar una relación positiva. Su enfoque debe transmitir respeto por el cliente.
- b) **Cuerpo:** durante esta segunda parte de la entrevista, hay que enfocar el dialogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios. Habitualmente esto comienza con el principal motivo de queja del cliente, añadiéndose después otras áreas como a la historia médica pasada, la historia familiar y los datos religiosos y culturales.
- c) **Cierre:** es la fase final de la entrevista, durante esta fase prepare al cliente para terminar la entrevista, no se deben introducir temas nuevos, es elemental resumir los puntos más importantes, también sirve para el establecimiento conjunto de objetivos en el proceso de planificación.

Recolección de la Información.

- **Fuentes:** Primarias (paciente) y secundarias (Familia y equipo de salud).
- **Métodos:** Observación y entrevista.
- **Características:** Sistemático y continuo.
- **Factores que influyen:** Estado emotivo, bagaje cultural, capacidad de los sentidos, intereses, preocupaciones, distracciones y conocimientos.

La Exploración Física.

La exploración física es un método sistemático de recolección de datos que utiliza las capacidades de observación, para descubrir los problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración, la enfermera utiliza los métodos de la inspección, auscultación, palpación y percusión.

Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien explorando de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos y sistemas. La enfermera que lleva a cabo una exploración física utilizando el método céfalo caudal (de la cabeza a los pies) comienza el estudio por la cabeza, continua por el cuello, tórax, abdomen y extremidades y termina en los dedos de los pies. La sigue el método por aparatos estudia cada aparato por separado, o sea el aparato respiratorio, al aparato circulatorio, el sistema nervioso, etc. Durante la exploración física, se estudia todas las partes del cuerpo compara los hallazgos de cada lado del cuerpo.

Técnicas específicas para la exploración física.

Inspección: Observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas, tales como el tamaño, la forma, la posición, la localización anatómica, el color, el movimiento, la simetría, etc.

Palpación: Uso el tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a partir de su tamaño, forma, su textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y su movilidad.

Percusión: Golpeteo suave con uno o más dedos sobre la superficie corporal, y el análisis acústico de los sonidos producidos que varían según el tipo de estructura que haya debajo.

Auscultación: Es la escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales, puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio, esta técnica permite identificar la frecuencia, la intensidad, la calidad y la duración de los sonidos detectados.

Hay que resaltar que en el lactante y niño pequeño que no pueden comunicarse hablando y que dependen de las consideraciones y reacciones de los adultos, la observación se convierte en una herramienta fundamental para la recogida de datos por la enfermera pediátrica. Dicha observación la va a realizar de forma continua, ya que es el miembro del equipo sanitario que permanece mayor tiempo en contacto directo con el paciente y tiene la posibilidad de observarlo en diferentes situaciones y circunstancias.

Validación de los datos.

Para que el proceso de enfermería sea un instrumento útil para cuidar al cliente, la información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa. La validación consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.

La validación de los datos permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información obtenida durante la valoración es completa.
- Asegurarse que los datos objetivos y subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada en la identificación de problemas.

Registro de los datos

Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente. (Kozier 1999).

Este último paso de la etapa de valoración es de gran importancia para formular el diagnóstico y planificar la intervención enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

Tipos de datos.

- Datos Subjetivos: No pueden medirse u observarse, es lo que refiere el paciente.
- Datos Objetivos: Pueden medirse, observarse y se detectan durante la exploración.
- Datos Historicos: Antecedentes patológicos, no patológicos heredofamiliares, etc.
- Datos Actuales: Los relacionados en el momento.

El **diagnostico** de enfermería segunda etapa del método enfermero. Es un “problema de salud real o potencial que los enfermeros, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar”. Los diagnósticos de enfermería son, por lo tanto, *problemas* que pueden prevenirse, resolverse o reducirse, mediante actividades independientes de enfermería. (Gordon 1990).

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud real o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable. (NANDA 2010).

Al diagnosticar el profesional de Enfermería es responsable del proceso y del plan de cuidados que se deriva del mismo. Por ello ha de ser consciente tanto de los recursos del individuo, familia y comunidad como de sus habilidades, conocimientos propios y experiencia clínica. A medida que aumentan dichos conocimientos, lo hace también su responsabilidad de diagnosticar y tratar.

Definiciones términos claves:

- Competencia: Conocimientos y habilidades para llevar a cabo una acción de manera segura y eficiente. Capacidad para identificar los problemas y sus causas.
- Dominio enfermero: Acciones de las cuales está legalmente a realizar.

- Responsabilidad: Obligación de responder a algo.
- Resultado: Efecto de las intervenciones del plan de cuidados.
- Diagnosticar: Emitir un juicio nominar los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo basándose en evidencias.
- Diagnóstico definitivo: El diagnóstico más específico y correcto.
- Procesos vitales: Cambios durante la vida de la persona.

Tipos de Diagnóstico:

Diagnóstico real: Describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias. El problema está presente en el momento de la valoración, se realiza con el formato **PES**.

Diagnóstico de riesgo: Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo. Contienen evidencias de factores relacionados, no hay evidencias de características definitorias.

Diagnóstico de salud: Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad que indican un deseo de lograr un nivel más alto de funcionamiento en un área específica.

Síndrome diagnóstico: Agrupa un conjunto de diagnósticos (ejemplo: síndrome de desuso, síndrome de estrés por traslado...)

Problema interdependiente: Problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiológica del cuerpo y que los profesionales enfermeros son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.

Pasos para diagnosticar problemas de salud.

1. Pedir a la persona que identifique sus principales problemas o preocupaciones, esto ayuda a priorizar.

2. La valoración completa y sistemática es esencial para el diagnóstico.
3. Determinar el funcionamiento normal, deteriorado, en riesgo de deteriorarse o posiblemente deteriorado. Esto ayuda a reducir la cantidad de información y centrarse en el problema.
4. Considerar otros problemas, buscar otros signos y síntomas asociados. El diagnóstico se basa en la evidencia.
5. Incluir y excluir problemas para reducir los errores diagnósticos.
6. Nombrar los problemas con las etiquetas de la NANDA.
7. Determinar las causas del problema ayuda a determinar las intervenciones específicas.
8. Si se identifican factores de riesgo serán Problemas de Riesgo.
9. Compartir los diagnósticos con la persona que requiere el cuidado.
10. Preguntar a la persona si considera incluir algo más.

Fórmulas para elaborar Diagnósticos:

Se utiliza el formato

P	E	S
Problema	Etiología	Signos y síntomas

Diagnóstico Real: P E S (problema, etiología, signos y síntomas)

Diagnóstico de Riesgo: P E (Problema y etiología)

Diagnóstico Posible: Sólo nombre.

Diagnósticos de Salud: Usar "Disposición para mejorar".

Síndromes Diagnósticos: Sólo el nombre del síndrome.

Componentes de un Diagnóstico:

Nombre o etiqueta: elemento esencial y fundamental, raíz de la formulación diagnóstica.

Definición: Descripción clara y precisa del problema. Perfila su significado y diferencia los diagnósticos entre sí.

Características definitorias: Grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona. Recuerde que al menos una de estas características ha de estar presente para formular un diagnóstico. En los diagnósticos de riesgo, los signos y síntomas no están presentes; son aquellos que la persona puede desarrollar. Ejemplo: riesgo de infección.

Factores de riesgo: Factores y circunstancias que causan o contribuyen a que se desarrolle el problema.

Factores relacionados: Pueden mostrar algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (antecedentes, asociados, contribuyentes).

La **planeación** tercera etapa del método enfermero. Es la fase en la que determinamos cómo dar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos; en la que pensamos una estrategia de cuidados bien definida. (Alfaro 2003).

La planeación se define como, establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que se van a realizar y las preocupaciones que se deben tomar. (Phaneuf 1993).

La planificación incluye:

- Determinar prioridades.
- Establecer objetivos esperados.
- Determinar las acciones de enfermería

- Registrar el plan de cuidados.

Componentes del plan de Cuidados.

- **Determinar prioridades. Decidir:**
 - Qué problemas necesitan atención inmediata.
 - Que problemas son su responsabilidad y cuales referir a otro profesional.
 - Qué problemas tratará usando planes estandarizados.
 - Qué problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

Elegir un método para fijar prioridades: Ejemplo La pirámide de Maslow.

- Necesidades fisiológicas.
 - Seguridad y protección.
 - Amor y pertenencia.
 - Autoestima.
 - Objetivos personales.
- **Objetivos (resultados deseados).** ¿Qué resultados espera conseguir y cuando espera lograrlos?, dirigen las intervenciones, son factores de motivación. Se clasifican en:

Respecto al tiempo. Objetivo a largo plazo: Beneficios que se esperan ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan. Objetivos a corto plazo: beneficios tempranos de las intervenciones.

Respecto al dominio donde actúan. Objetivos cognitivos: Relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales. Objetivos afectivos: Asociados a cambios de actitudes, sentimientos o valores. Objetivos psicomotores: reflejan habilidades motoras.

Componentes de los objetivos:

- a) Sujeto: Quien (persona que se espera que alcance el objetivo/resultado).
- b) Verbo: Acciones (qué acciones debe llevar a cabo esa persona para lograr el objetivo/resultado).
- c) Condición: Circunstancias (bajo qué circunstancias esa persona llevará a cabo las acciones).
- d) Criterio de realización: Grado o estándar de consecución.
- e) Momento: Tiempo

Clasificación de resultados de enfermería NOC. Nombra, estandariza y proporciona escalas para medir los resultados de los pacientes dependientes de enfermería.

Componentes de un resultado NOC Etiqueta: Denomina de forma concisa el resultado. Definición: Descripción genérica. Indicadores: Determinan el estado del paciente en relación con la etiqueta. Pueden utilizarse como resultados intermedios. Escala de medida tipo Likert de 5 puntos: Permite cuantificar el resultado. Bibliografía: referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

Características de los resultados NOC : No se exponen como objetivos, los resultados son conceptos variables que proporcionan más información que si se cumple o no un objetivo, la enfermera determina con qué intervalo deben ser evaluados según su juicio clínico, los resultados pueden ser tanto positivos como negativos.

- **Intervenciones de Enfermería.** Son acciones llevadas a cabo para:
 - Controlar el estado de salud.
 - Reducir los riesgos.
 - Resolver, prevenir o manejar un problema.
 - Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
 - Promover una sensación óptima de bienestar físico.

Clasificación.

Intervenciones interdependientes: Describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud (asistentes sociales, fisioterapeutas, médicos).

Intervenciones independientes: Intervenciones indicadas por la enfermera como respuesta a un diagnóstico enfermero. Se basan en los factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería. Por tanto, definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas.

Características de las Intervenciones.

- Ser consecuentes con el plan de cuidados.
- Basarse en principios científicos.
- Individualizadas.
- Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico.
- Oportunidad de enseñar–aprender.
- Incluir la utilización de los recursos apropiados.
- Sopesar los riesgos y beneficios.

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) La organización sistemática de las etiquetas de intervención de enfermería ha dado lugar a una nueva taxonomía: NIC. La clasificación incluye las intervenciones tanto independientes como interdependientes (de colaboración). La NIC incluye intervenciones de la esfera fisiológica y la psicosocial. Se han incluido intervenciones para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud. La mayoría son para su utilización en individuos, pero muchas son para uso en familias y, otras, para ser empleadas en comunidades enteras. Cada intervención está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia.

Documentación del plan. Es el registro ordenado de los diagnósticos resultados esperados y actuaciones de enfermería, obteniéndose mediante una documentación. Facilitar la comunicación entre los profesionales del cuidado, dirigir los cuidados y la documentación, crear un registro escrito que más tarde pueda utilizarse para la evaluación, la investigación y asuntos con propósitos legales. Existen diversos tipos de documentación de los planes de cuidados individualizados, estandarizado, estandarizado con modificaciones y computarizado. (Iyer1997).

La **ejecución** cuarta etapa para la implementación del plan, se considera como núcleo o centro del proceso de atención de enfermería: lo que realmente es el proceso de atención de enfermería de todas sus partes. El plan dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio del problema o para cubrir una necesidad.

Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación. Anotar (registrar) y comunicar el estado de salud del paciente en respuesta a las actividades de enfermería. (Gordon 2007).

El plan de enfermería para la implementación se considera como núcleo o centro del proceso de atención de enfermería: lo que realmente es el proceso de atención de enfermería de todas sus partes. El plan dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio del problema o para cubrir una necesidad. (Griffith JW. y Chirstensen 1993).

Pasos de la ejecución:

- Preparación para la acción.
- Realización de intervenciones de enfermería.
- Registro de documentación.

La ejecución de las intervenciones de enfermería se realiza a través de un sistema de presentación de cuidados: Asignación de tareas, equipo de enfermería, enfermería de cuidados básicos, control del caso, atención enfocada al paciente. El

cliente se convierte en el centro de la atención siendo las unidades de hospitalización las que se organizan con este fin. (Kozier 1999).

Es la quinta y última fase del Proceso de Atención de Enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del cliente a la acción planeada. La evaluación es una comparación sistemática y planeada del estado de salud del paciente, y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Ayuda a medir las metas fijadas. (Iyer, 1999).

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del cliente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. (Griffith JW. y Chirstensen 1993).

La **evaluación** en la última etapa del proceso de atención de enfermería y consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

Tipos de evaluación: Continua, intermitente y final.

Pasos de la evaluación: Revisión y modificación del plan de atención de enfermería y evaluación de la calidad del cuidado de enfermería.

Referencias de la evaluación. Evaluación como comparación: cuando se evalúa el cuidado del paciente se realiza una medición como una evaluación y la evaluación como un proceso y sistema. La evaluación es un proceso y está en un proceso.

Formas de evaluación: La evaluación puede conceptualizarse en tres formas:

Estructura, proceso y resultado. El resultado y el proceso pueden ser subdivididos en dos categorías: concurrente (presente) y retrospectiva (pasado). En la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de la organización del centro de salud. (Alfaro, 2003).

Formas de evaluación

Estructura	Proceso	Resultado
Propósito		
La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente.	La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.	La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería.
Instrumentos o medios		
Forma de la comisión de la junta sobre hospitales	Escala de clasificación de competencia de enfermería	Sistema Wisconsin de Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.
Auditorías	Escala de calidad de cuidados de enfermería	
Fuentes de datos		
Manuales de procedimientos Enunciados de la política de la institución Descripción de posiciones Planes de atención de enfermería	<i>Concurrente.</i> La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades La gráfica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas	<i>Concurrente</i> El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.

planes de orientación y programas en servicios	<i>Retrospectivo</i>	<i>Retrospectivo</i>
Nivel educativo del personal	La gráfica cita los procedimientos implementados, como	La gráfica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y
Instalaciones y equipo disponibles	verificar los signos vitales	los conocimientos del paciente.
Gráficas y Kárdex		

Fuente: Griffith JW, Christensen PJ, **Proceso de atención de enfermería, aplicaciones de teorías, guías y modelos.** p.1993.

1.3 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

El Modelo de Virginia Henderson es el modelo conceptual adoptado por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México por las siguientes razones: Es el modelo Conceptual más conocido y adoptado por el Consejo Internacional de Enfermería, es coherente con los valores culturales y emplea terminología de fácil comprensión para describir los conceptos, su construcción es muy abierta lo cual permite adoptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno, incluye colaboración con otros profesionales de salud, conceptúa al ser humano como biopsicosocial y espiritual, reconoce a la persona como capaz de ocuparse de sus propios cuidados, propicia el desarrollo de un estilo de vida sano, propone un método de solución de problemas y permite el uso de taxonomías de diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association para formular los problemas identificados. (Tomey A. 2000)

CONCEPTOS Y DEFINICIONES PRINCIPALES.

Cuidado: Las acciones emprendidas por la enfermera así como la ayuda que se proporciona al individuo sano o enfermo para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz.

Persona: Individuo que requiere asistencia, la persona y la familia son vistos como una unidad. La persona es un complejo presentando las 14 necesidades, es una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

Enfermería: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación o a una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible. (Henderson 1955).

Salud: Capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. “Se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas (Henderson 1955).

Entorno: “Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidado (Henderson 1955).

La independencia y la dependencia en el niño:

Independencia: Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra (Phaneuf 1993).

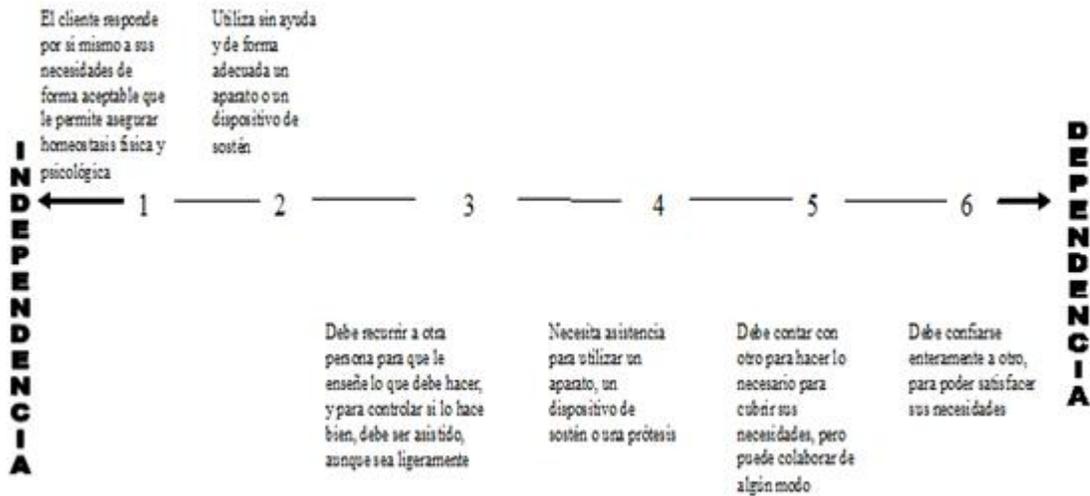
Dependencia: Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo (Phaneuf 1993).

- **Relación entre la duración y el grado de dependencia:** La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.



Fuente: Phaneuf M. El proceso de atención de enfermería. Madrid España. McGraw Hill Interamericana.1993

Continuum independiente-dependencia: Es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.



Fuente: Phaneuf M. El proceso de atención de enfermería. Madrid España. McGraw Hill Interamericana.1993

Fuentes de la Dificultad: Área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psicológica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

- Falta de fuerza. Incapacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psicológicas, capacidad intelectual.
- Falta de conocimientos. Cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad: Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Necesidades básicas: Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. (PAE desde el modelo de V. Henderson y los lenguajes NNN 1ª ed).

Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Virginia Henderson menciona las siguientes:

14 Necesidades

- 1) Respirar normalmente.
- 2) Comer y beber adecuadamente.
- 3) Eliminar por todas las vías corporales
- 4) Moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5) Dormir y descansar.
- 6) Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7) Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- 8) Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9) Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10) Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11) Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- 12) Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- 13) Participar en actividades recreativas.
- 14) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Relaciones con otros profesionales.

El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial.

Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial.

A través de los cuidados de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

Resulta de interés su particular visión sobre la función autónoma de la enfermera, esa parte independiente de su trabajo que ella inicia y controla. También el planteamiento interdependiente de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte.

Supuestos principales.

Enfermería

- Tiene como única función ayudar a individuos sanos y enfermos.
- Actúa como miembro del equipo médico.
- Actúa al margen del médico, pero apoya su plan. Trabaja de forma independiente, sabe diagnosticar y aplicar un tratamiento.
- Debe tener nociones amplias de biología y sociología.
- Puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona:

- Debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de las persona no se pueden separar.
- Requiere ayuda para conseguir la independencia.
- La persona y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud:

- Es la calidad de la vida.
- Es fundamental para el funcionamiento humano.
- Requiere independencia y dependencia.
- Es lo más importante que cuidar el enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno:

- Las personas sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

- Las enfermeras deben reducir al mínimo la posibilidad de accidentes.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y prácticas religiosas para valorar riesgos.

Postulados.

- Todo ser humano tiende a la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente” (Phaneuf 1993).

Fuentes de la dificultad.

- **Fuerza:** Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- **Conocimientos:** los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Valores.

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson, afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

M. Phaneuf menciona los siguientes valores:

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Afirmaciones teóricas.

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente:

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. (Marriner Tomey 2000)

Relación enfermera – médico:

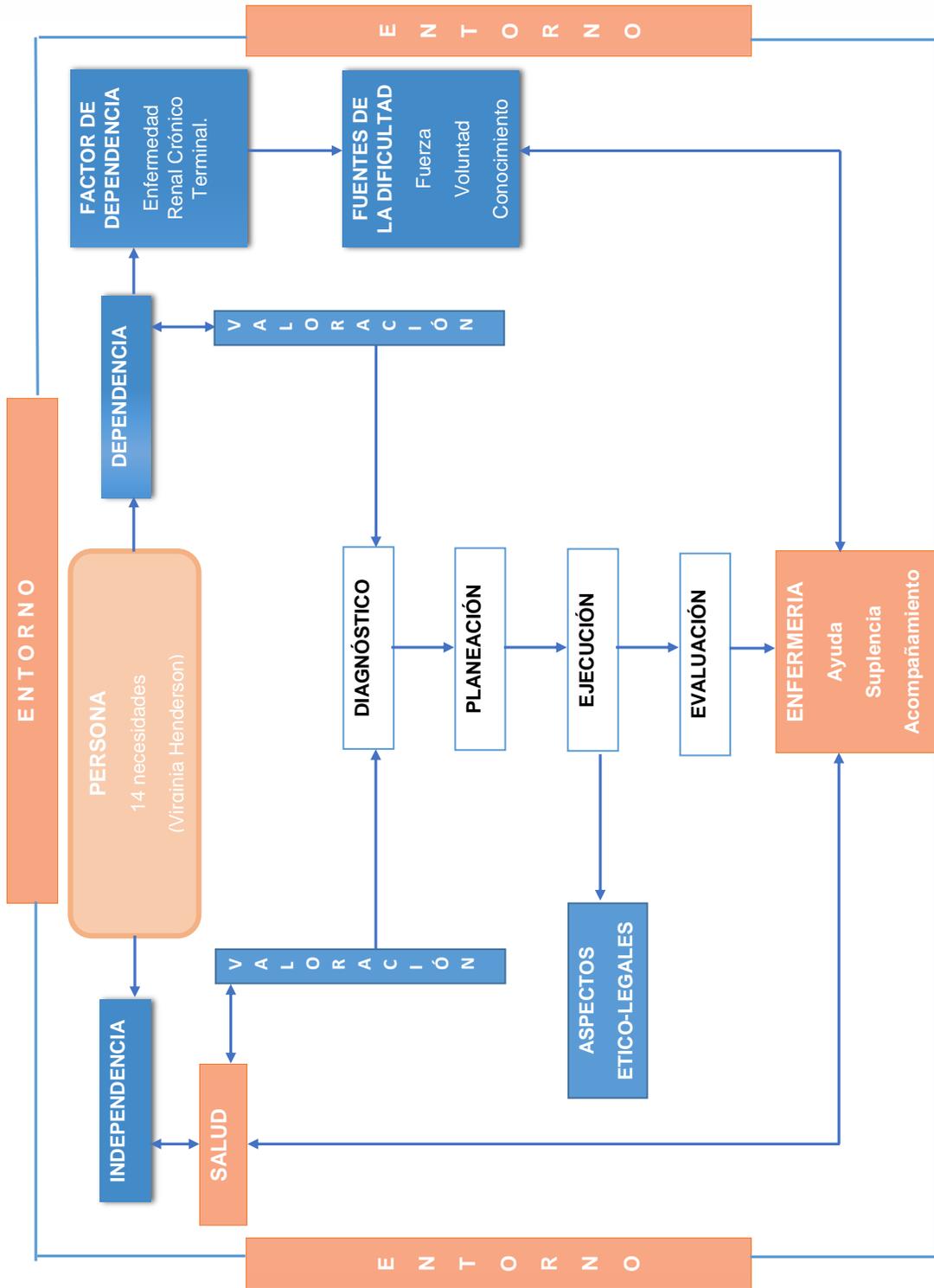
La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

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.

A continuación se muestra el esquema el cual representa la relación del Proceso de Atención de Enfermería, la teoría de Virginia Henderson, conceptos del metaparadigma de Enfermería y el Factor de dependencia (ver figura1).

Relación existente entre el Proceso Atención de Enfermería y la Teoría de Virginia Henderson.



ELABORÓ: LEO María Isabel Martínez Juárez.

Figura 1

1.4 CONSIDERACIONES ETICAS DEL CUIDADO

La **NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013**, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, representa sin duda, un gran paso para la conformación del marco regulatorio que hará posible la defensa, como lo establece el Consejo Internacional de Enfermeras.(NOM 019, 2013)

La enfermera tiene el compromiso moral y social de cuidar con calidad humana, científica, técnica y ética a las personas sanas /enfermeras, familia y comunidad para mantener la salud, promover la calidad de vida, prevenir las enfermedades, ayudar a las personas a sobrellevar las limitaciones con dignidad. Este compromiso social exige a la enfermera capacitación, sensibilidad ética, humanismo y capacidad de razonamiento moral para la adecuada toma de decisiones éticas ante dilemas éticos en su práctica profesional. (Cantos M. 2008)

“Tenemos una necesidad de una ética de la tierra, de una ética de la vida salvaje, de una ética de la población, de una ética de consumo, de una ética urbana, de una ética internacional, de una ética geriátrica, de una ética del cuidado, etc. Todos estos problemas reclaman acciones que están basados en valores y hechos biológicos. Todos ellos implican una ética para la vida (bioética) y hasta el punto de que la supervivencia del sistema ecológico se va convertir en la prueba de toque de un sistema de valores”. (Potter 1971).

Fry dice: “la sensibilidad ética está condicionada por la cultura, la región, la educación y las experiencias vitales. Es específica a cada enfermera e influye en la forma como toma decisiones éticas relacionadas con el cuidado de los pacientes/usuarios. El razonamiento moral es la capacidad de determinar lo que debe de hacerse en una situación determinada. Es un proceso cognoscitivo, en el que se formula un curso de acción éticamente definible para resolver un conjunto de valores, principios, de evidencias o conflicto de roles.

Ética proviene del vocablo griego "ethos" que significa carácter, modo de ser. Es un estudio sistemático de los problemas fundamentales de la conducta humana. Describe la base sobre la cual las personas, de manera individual o colectiva,

deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas, y si es deber de una persona hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo. (Balderas 1998).

Es una ciencia normativa, ya que se ocupa de un ideal, es decir, no con lo que la conducta humana es, sino con lo que debe ser.

Características:

- Implica acción de acuerdo con las normas morales
- Se ocupa del estudio de los problemas teórico – morales
- Equivale al conocimiento
- Se basa en un plan filosófico (qué es el bien, qué es la virtud, qué es la felicidad, etc.)
- Se ocupa de los valores humanos

Moral proviene del vocablo latín "mos" o "mores" que significa costumbres en el sentido de las normas o reglas adquiridas por hábitos.

Conjunto de normas que regulan el comportamiento de los seres humanos en sociedad, que son aceptadas en forma libre y consciente por un individuo. (Balderas, 1998).

La moral, es parte de las tradiciones y costumbres del grupo humano, unidos por un interés común.

El comportamiento moral se sujeta a valores y normas establecidas socialmente, es un comportamiento consciente, libre y responde a una necesidad social.

Características:

- Aquellos fenómenos que son estudiados por la ética
- Incluye el conjunto de los deberes del hombre
- Se refiere al deber ser
- El individuo moralmente bueno debe practicar cosas buenas (en forma libre, no por violencia, ni a la fuerza)

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

Principios.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera. (CONAMED 2007).

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.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

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.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

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.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

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. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. 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.

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. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

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 malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber 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. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno;
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y la prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

1.5 Factor de Dependencia

Enfermedad Renal Crónico Terminal

La enfermedad renal, según las guías internacionales, se define como el daño renal (estructural o funcional) que permanece por tres meses o más, con o sin disminución de la velocidad de filtración glomerular y alguno de los siguientes hallazgos: 1) alteración en la composición de la sangre o de la orina, 2) alteración en los estudios de imagen o 3) alteración en la biopsia renal o aquellos pacientes que tengan una velocidad de filtración glomerular $< 60 \text{ ml/min/1.73m}^2 \text{ SC}$, con o sin los otros signos de daño previamente descritos. (Medeiros M. 2011).

Se describen cinco estadios de la enfermedad. El estadio 5 o etapa terminal (ERCT) se define cuando la velocidad de filtración glomerular $< 15 \text{ ml/min}$, o bien que el paciente requiera terapia de reemplazo renal (diálisis, hemodiálisis o trasplante renal).

En el mundo existen alrededor de dos millones de personas que requieren terapia de reemplazo renal y esto implica un costo muy alto para los servicios de salud. (Medeiros M. 2012).

La incidencia de ERCT estadio 5 en niños a nivel mundial es de aproximadamente de 1 a 3 niños por un millón de la población. En América Latina se reporta un amplio rango, de 2.8 a 15.8 casos nuevos por millón en menores de 15 años, mientras que en Italia se reportan 12.1 casos por millón y en Japón, 16.6% de su población de menores de 15 años. (Harambat J. 2012).

En la población adulta mexicana las principales causas de enfermedad renal terminal son diabetes e hipertensión arterial, mientras que en los niños, en la mayoría de los casos, no puede hacerse un diagnóstico preciso de la causa que ocasionó la uremia, ya que acuden tarde en busca de atención médica. Sin embargo, las principales causas son las malformaciones congénitas (displasia, hipoplasia, malformaciones urinarias), seguidas de las glomerulopatías. (Medeiros M. 2011).

En nuestro país el tratamiento de la enfermedad renal crónica depende de la posibilidad de acceder a algún sistema de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

Estado, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios) que cubra el alto costo del tratamiento. En los adultos tan sólo uno de cada 4 pacientes con insuficiencia renal tiene acceso al tratamiento y, si bien no se tienen cifras exactas, en los niños la situación debe ser muy similar.

La enfermedad renal crónica tiene implicaciones diferentes en los niños que en los adultos, ya que afecta directamente el desarrollo normal. También destacan las diferencias en la etiología de la enfermedad renal terminal, la actividad del sistema inmune, la biodisponibilidad y toxicidad de medicamentos, la disponibilidad y tamaño de los órganos, los retos técnicos y el tipo de complicaciones postrasplante.

La terapia de reemplazo renal (diálisis o trasplante) está indicada cuando el paciente presenta complicaciones de la uremia que incluyen: síntomas de uremia, falta de crecimiento a pesar de un adecuado aporte calórico, retraso en el desarrollo psicomotor, alteraciones hidroelectrolíticas y osteodistrofia renal. El trasplante renal se considera el tratamiento ideal en los niños, ya que mejora el desarrollo neurológico, psicológico, la calidad y tiempo de vida en forma muy superior a los procedimientos dialíticos disponibles además de que mantener un órgano trasplantado es más barato que un método dialítico. (Medeiros M. 2012).

Existen pocas razones que contraindican un trasplante renal e incluyen:

1. Procesos malignos activos.
2. Pruebas cruzadas positivas.
3. Daño cerebral debilitante e irreversible.
4. Infección por VIH.
5. Hepatitis B crónica activa.

Son contraindicaciones relativas:

1. Enfermedad autoinmune activa con niveles elevados de anticuerpos antimembrana basal glomerular.
2. Incompatibilidad ABO con el donador.
3. Retraso psicomotor o trastorno psiquiátrico que requiera custodia permanente.
4. Infección crónica por virus de hepatitis C.
5. Falta de adherencia terapéutica.
6. Falta de supervisión y/o apoyo familiar adecuados.

Recientemente ha habido un interés por el trasplante prediálisis, ya que evita a los niños la incomodidad del método dialítico y los resultados a largo plazo son mejores. (Kasiske B. 2002)

Experiencia en el HIMFG.

La mayoría de los niños acuden al hospital para recibir atención médica cuando se encuentran ya en etapa terminal de la Enfermedad Renal, lo cual impide saber con certeza la causa de la uremia.

El problema de la cultura de donación y procuración de órganos en nuestro país se hace evidente al ver la fuente de los riñones, 77% de los trasplantes realizados en el HIMFG fueron de donador vivo.

La mayoría de los trasplantes se realizan en niños mayores de seis años. La sobrevida del injerto a tres años es mejor en los pacientes con riñón de donador vivo relacionado que en los pacientes con riñón cadavérico siendo en nuestro centro de 80 y 68%, respectivamente. A pesar de que los niños pequeños son de alto riesgo quirúrgico y requieren una vigilancia estrecha en el postrasplante inmediato, son los que tienen la mejor sobrevida del injerto de todos los grupos de edad, sobrepasando la que tienen adultos receptores de riñón con HLA idéntico. Se debe dar atención especial a los adolescentes, ya que tienen la menor sobrevida del injerto a largo plazo cuando se comparan con otros grupos de edad, la vida media del injerto en ellos es de siete años comparada con 18 años en receptores menores de dos años y de 11 años para adultos y niños.(Medeiros M. 2005).

II. METODOLOGÍA

2.1 Descripción del caso.

K.R.P.P de 2 años 7 meses de edad, pertenece a familia extensa (ver anexo 5.1), originarios y residentes de la Colonia Santa María la Rivera Delegación Cuauhtémoc México D.F., habita en departamento prestado perteneciente a los abuelos maternos el cual cuenta con 1 baño completo, ½ baño, 3 recamaras, 1 cocina, 1 sala y 1 comedor, dentro del cual habitan 5 personas. El departamento está construido de materiales perdurables con todos los servicios de urbanización (luz eléctrica, agua potable, alcantarillado, recolección de basura), convivencia con 1 perro dentro del departamento.

K. R. es producto de la gesta 1, para 0, cesárea 1, aborto 0. Embarazo de alto riesgo por presencia de hematoma retroplacentario, con antecedente de aproximadamente 15 consultas prenatales y USG. Se decide la interrupción del embarazo en clínica privada por vía abdominal por presentación fetal pélvica a las 38SGD, sin necesidad de maniobras de reanimación, llora y respira al nacer no recuerda apgar. Madre e hija pasan a alojamiento conjunto. Egresan a las 48 horas sin complicaciones.

Madre de 29 años de edad ama de casa, instructora de gimnasio ocasional, bachillerato trunco, de religión Testigo de Jehová, se refiere sana padre de 28 años de edad empleado de intendencia en escuela primaria, escolaridad preparatoria completa referido como sano. Rama materna con Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónico Terminal.

Inicia su padecimiento el 26 de mayo del 2013 con dificultad respiratoria y rechazo a la vía oral, acude al “Hospital Pediátrico de Peralvillo” donde es ingresada con diagnóstico de Deshidratación severa con manejo a base de soluciones intravenosas para rehidratación.

El 28 de mayo es referida al “Hospital Infantil de México Federico Gómez” se realiza USG el cual reporta riñones hipoplásicos.

El 01 de junio del 2013 se decide la terapia de sustitución renal con Diálisis Peritoneal, posterior a la colocación presenta choque hipovolémico secundario a sangrado en el líquido de diálisis el cual requiere apoyo ventilatorio en fase III, apoyo aminérgico y transfusión de concentrado eritrocitario en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

El 17 de agosto del 2013 presenta crisis convulsivas con movimientos tónico-clónicos, se realiza TAC de cráneo sin datos de inflamación o sangrado. Inicia tratamiento con fenobarbital vía oral el cual es suspendido en febrero del 2015 por remisión de las crisis convulsivas.

El 16 de junio del 2014 presenta rechazo a la vía oral, se realiza serie esofágica gastroduodenal con reflejo de la deglución abolido. Se coloca sonda de larga permanencia para infusión de fórmula de inicio.

El 17 de abril del 2015 ingresa al servicio de nefrología por presentar cuadro de peritonitis, inicia tratamiento farmacológico con ceftazidime y vancomicina intraperitoneal completando tratamiento y remisión de la infección, egresa a su domicilio. El padre de K.R.P.P. inicia protocolo de trasplante como probable donador. Es descartado por arteria renal muy disminuida en diámetro.

En el mes de julio del 2015 iniciando protocolo de Trasplante Renal como probable donador renal la madre de K.R.P.P.

Los servicios de Urología, cardiología, nefrología, dental y psicología refieren no existir contraindicaciones para llevar a cabo el trasplante de donador vivo relacionado por parte de la madre de K.R.P.P.

El 2 de octubre se lleva a cabo la presentación del caso clínico al servicio de Cirugía de Trasplantes, decidiéndose la realización del trasplante.

El 06 de Octubre del 2015 se realiza trasplante renal del Donador Vivo Relacionado (mamá), pasa al servicio de terapia quirúrgica, en el postquirúrgico inmediato presenta hipertermia de 38.8°C de 3 horas de evolución, taquicardia e hipotensión la

cual requiere manejo con soluciones cristaloides y reinicio de apoyo aminérgico así como tratamiento farmacológico con Ceftriaxona y amikacina por choque séptico.

El 8 de octubre del 2015 egresa del servicio de Terapia Quirúrgica y es referida al servicio de Nefrología al área de Trasplante Renal, donde inicia tratamiento con Ganciclovir por riesgo alto a CMV.

Tratamiento actual:

1. Micofenolato 250 mg y 125 mg cada 12 horas.
2. Tacrolimus 1.5 mg cada 12 horas.
3. Prednisona 5 mg cada 24 horas.
4. Bicarbonato de sodio 500 mg cada 8 horas.
5. Ossopan 2 g cada 8 horas.
6. TMP/SMX 80/400 mg Lunes, miércoles y viernes.
7. Carbonato de calcio 250 mg cada 12 horas
8. Valganciclovir 112 mg cada 12 horas.
9. Sulfato de magnesio 250 mg cada 8 horas.
10. Nistatina 100,000 UI cada 6 horas.
11. Verapamilo 15 mg cada 8 horas.

Habitus Externo.

Paciente lactante mayor femenino en cama hospitalaria del servicio de Nefrología en el área de trasplante renal, de edad aparente menor a la cronológica, hipotrofica, de constitución media, conformación íntegra, simetría en ojos, orejas y las cuatro extremidades, con actitud forzada por sujeción gentil de las 4 extremidades, con fascies de cansancio. Sin presencia de movimientos anormales, sedestación sin apoyo, bipedestación con apoyo aún sin lograr la marcha. Paciente consciente, activo – reactivo y cooperador.

Análisis de las Necesidades.

Dependencia:

- 1) **Eliminación.** La mamá refiere que K.R. inicio su padecimiento en el 26 de mayo del 2013 acuden al hospital pediátrico de Peralvillo, referida el HIM el 28 de mayo del mismo año donde se diagnostica con ERCT secundario a riñones hipoplásicos. En junio del mismo año se decide la terapia de reemplazo renal con Diálisis Peritoneal. El 6 de octubre del 2015 se realiza Trasplante Renal de donador vivo relacionado (madre). La primera valoración a K.R se realizó el 13 de Octubre del 2015. A la exploración física se observa con palidez generalizada, escleróticas húmedas, sonda nasogástrica para reposición de líquidos vía oral, mucosas orales hidratadas, abdomen de forma cilíndrica con herida quirúrgica en línea media abdominal afrontada en proceso de cicatrización, catéter tenckhoff cerrado, a la auscultación con sonidos intestinales presentes 4 por minuto, se palpa injerto en línea media abdominal, sonda vesical a derivación drenado orina clara.
Exámenes de laboratorio: Creatinina 0.5mg/dl, BUN 2.10, Ca. 10, Fosforo 5, K 5.2, DU1010.

- 2) **Seguridad y Protección.** K.R. fue sometida a un Trasplante Renal el 06 de octubre del 2015. El tratamiento permanente para el mantenimiento del injerto es a base de medicamentos inmunosupresores (Micofenolato, Tacrolimus y Prednisona). A la exploración física se observa palidez tegumentaria, herida quirúrgica en línea media abdominal con bordes afrontados, en proceso de cicatrización, sin datos de sangrado o secreción.
Exámenes de laboratorio: Leucocitos 7.90, Neutrofilos 56.0%, linfocitos 36.0%, eosinofilos 1.0%, plaquetas 419,000

- 3) **Nutrición e Hidratación.** K.R. muestra adecuada aceptación y tolerancia a los alimentos y a la ingesta de líquidos vía oral. El papá refiere que se queda con hambre, lo que más le gusta de la dieta es el pan, la gelatina y el pollo. A

la exploración física se observa hipotrófica, con edad aparente menor a la cronológica, boca con labios íntegros de coloración pálida, mucosa oral hidratada, faringe de coloración rosada, piezas dentales presentes hasta segundos premolares, con manchas de color café, no movibles. Abdomen blando depresible a la palpación con bordes de injerto trasplantado bien delimitados, no doloroso.

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina 12 g/dl, Hematocrito 38.2 %. Peso 8.5 Kg (percentil 3 OMS) Talla 70cm (Percentil 3 OMS).

- 4) **Descanso y sueño.** Los cuidados que se proporcionan a K.R. se realizan cada hora (toma de constantes vitales, cuantificación urinaria, reposición de líquidos fijos por vía oral, PA por turno, glucemia capilar por turno), razón por la cual tiene alteración en el sueño. A la exploración física se observan ojeras bilaterales, somnolencia a irritabilidad al manejo, con facies de cansancio y con periodos de sueño fragmentado.

- 5) **Movimiento y postura.** K.R. se encuentra con aislamiento protector, se encuentra en cama, con monitoreo hemodinámico, con sujeción gentil para evitar caídas, se muestra inquieta, irritable, su padre refiere que “quiere que la abracen” logra la sedestación de forma autónoma, la bipedestación con apoyo y aún no logra la marcha. Puede cambiar de posición en la cama, logra obtener por si sola la posición de 4 puntos pero sin gateo. A la exploración física se observa cráneo normoencefalo, sin hundimientos ni masas palpables, ojos simétricos, con sostén cefálico, movimientos de rotación y flexión presentes a la palpación sin adenomegalias, columna vertebral simétrica, integra, sin datos de masas palpables, extremidades simétricas, con flexión, extensión y rotación.
 - Fuerza muscular escala de Daniels: miembros superiores 4/5, miembros inferiores 4/5. Escala Denver área motora 9.5 meses para una edad de 2 años 7/12 meses.

- Tono muscular normal en las cuatro extremidades (Escala Campbell 0).
- Reflejos osteotendinosos: Biceps (normal), Triceps (normal), Braquiorradial (normal), rotuliano (normal), aquileo (normal).

6) **Comunicación.** K.R. presenta un retraso en los hitos del desarrollo, el lenguaje con el que cuenta consiste solo en monosílabos (papá, mamá, agua, leche), aun así ella logra repetir palabras que se le solicitan, pero no logra formular frases de más de dos palabras. Expresa mediante el llanto su rechazo, incomodidad, dolor y temor. Señala e identifica partes de su cuerpo. En la exploración física ojos simétricos sin datos de desviación, reflejos foto – motor y moto – motor presentes. Pabellones auriculares externos implantados, simétricos, íntegros, sin datos de cerumen, membrana timpánica aperlada, integra, responde a los sonidos, nariz redonda simétrica, centrada en relación a la cara, fosas nasales permeables, sin datos de descarga, identifica olores agradables y desagradables, manifiesta su preferencia por sabores dulces (fruta) en el gusto labios simétricos, íntegros, lengua desplazable, paladar integro. En el tacto piel pálida, integra, tibia al tacto, sensible a las texturas (suaves, ásperas, frías).

Escala Denver: Área motora 9.5 meses, motor fino-adaptativo 15 meses, lenguaje 14 meses, personal social 12 meses para una edad de 2 años 6/12 meses.

7) **Recreación.** Como parte del tratamiento terapéutico K.R. se mantiene en aislamiento protector, motivo por el cual la convivencia y juego se reduce a sus padres y equipo que pueden ingresar a la habitación. Muestra interés en jugar con empaques de jeringas (por el ruido que producen). Esta necesidad se encuentra en dependencia ya que según la información proporcionada por su papá una de las actividades que Kimberly más disfrutaba era salir a lugares donde había muchos niños como parques, centros comerciales y visitar a sus primos. A la observación se muestra retraída, apática e irritable. No cuenta con juguetes en su entorno hospitalario.

- 8) **Aprendizaje.** K.R. presenta retraso en los hitos del desarrollo, aun cuando logra realizar varias actividades por imitación como repetir algunas palabras, hacer caras y gestos imitando a su papá, muestra interés por colores llamativos, por la música. Responde a su nombre. Identifica partes de su cuerpo mediante señalización pero no las menciona, todo lo anterior no es suficiente para la etapa de crecimiento y desarrollo en la que se encuentra. A la inspección instrumentada presenta reflejo de náusea al estimular la parte posterior de la lengua, presenta fuerza durante la masticación, sonrisa social, reflejo de succión y deglución presentes. Por ahora no logra decir su nombre, ni señalar su edad (con los dedos). Escala Denver: Área motora 9.5 meses, motor fino-adaptativo 15 meses, lenguaje 14 meses, personal social 12 meses para una edad de 2 años 6/12 meses.
- 9) **Realización.** Aun cuando los padres de K.R. la refieren como una niña feliz y sociable a ella le resulta difícil adaptarse a situaciones nuevas, se muestra insegura y temerosa al convivir con personas extrañas. Se muestra muy ansiosa ante la ausencia de sus padres. Para aceptar objetos que le ofrecen personas desconocidas busca mediante la mirada la aprobación de su padre para poder hacerlo. El papá refiere temor por la evolución de K.R y manifiesta que tanto el cómo su esposa se preocupan por los cuidados que su hija necesitara en casa.
- 10) **Creencia y valores.** La madre de K.R. profesa la religión de los “Testigos de Jehová” y el papá se refiere creyente de la religión católica aunque no la profesa. Ambos refieren respetar las creencias de cada uno y se permiten inculcarlas a K.R. La madre manifiesta haber aceptado procedimientos que en su religión no son aceptados (transfusión de sangre) pero que lo hizo porque la vida de su hija estaba en riesgo, situación que le genero conflictos emocionales, refiere que ya los ha superado. Los papás de K.R perciben a su familia como “la mayor fortaleza” para el cuidado de esta y le brindan “el valor más grande y el mayor regalo que la vida les dio” y que” juntos podrán

superar cualquier prueba”. No se observan objetos de valor religioso en la unidad hospitalaria.

RIESGO

11) **Termorregulación.** El área en la que K. se encuentra hospitalizada es calurosa, durante la valoración K.R muestra temperatura axilar dentro de parámetros normales 36.4°C. El cuidador primario de Kimberly expresa de forma verbal los conocimientos y actividades que realiza para el cuidado de esta necesidad. Identifica las cifras de temperatura que indican fiebre, febrícula e hipotermia. Refiere que en casa realiza actividades como proporcionar baño de agua tibia en caso de fiebre así como la dosis de paracetamol que corresponde a K. R. de acuerdo a su peso. En casa refiere evitar los cambios extremos en la temperatura, reconoce cuando se siente incómoda por frío o calor. A la exploración física se observa la piel pálida, hidratada, turgente, sin datos de piloerección, con datos de diaforesis durante periodos de irritabilidad, piel tibia al tacto, sin presencia masas palpables.

INDEPENDENCIA

12) **Oxigenación.** K.R. no muestra alteraciones en el patrón respiratorio ni en los órganos que intervienen en esta necesidad. No tiene contacto con fumadores en casa ni antecedentes de enfermedades respiratorias de repetición. La mamá expresa sus conocimientos de forma verbal para el cuidado y satisfacción de esta necesidad, en casa evita los cambios extremos de temperatura la cubre de forma adecuada cuando es necesario salir y el clima es frío. Las actividades del cuidador y el estado de salud actual de K.R. realizadas por el cuidador primario son suficientes para colocar esta necesidad en independencia. En la exploración física: Nariz integra, orificios nasales permeables, sin datos de descarga, sin presencia de aleteo nasal, boca con mucosas hidratadas, faringe rosada, amígdalas grado I, cuello cilíndrico sin datos de adenomegalias, tórax cilíndrico, íntegro, a la

auscultación con campos pulmonares ventilados, sin datos de estertores o crepitantes. SpO2 96% al aire ambiente.

13) **Higiene y protección de la piel.** La lactante se observa aseada y con la piel hidratada, se proporciona baño de esponja diariamente debido al acceso venoso, catéter tenckhoff y sonda vesical. La mamá conoce y expresa de forma verbal los cuidados que satisfacen esta necesidad. En casa el cuidador refiere que Realiza el baño de Kimberly diariamente así como la hidratación de la piel, el cambio de ropa de 2 a 3 veces al día.

14) **Vestido y desvestido.** Durante la valoración se observa con pijama hospitalaria adecuada a su talla, coopera para realizar esta necesidad levanta los brazos, puede meter los brazos. El padre refiere que en casa ayuda en quitarse los zapatos y los calcetines. El cuidador primario refiere contar en el hogar con ropa adecuada para los distintos cambios de temperatura ambiental.

2.2 Métodos e instrumentos.

Para la realización de este estudio de caso se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería bajo el enfoque de la propuesta filosófica de Virginia Henderson. Para la obtención y recolección de la información se hizo mediante el uso de fuentes primarias y secundarias, exploración física cefalocaudal y habitus externo, así mismo se realizaron valoraciones focalizadas pudiendo jerarquizar de esta forma las 14 necesidades.

Los instrumentos utilizados para la valoración de las 14 necesidades fueron:

- Formato de valoración elaborado por la Maestra M. Franco de la ENEO UNAM especialidad en Enfermería Infantil para paciente de 0 a 5 años.(ver anexo 5.2)
- Hoja de consentimiento informado. (ver anexo 5.3)
- Hoja de reporte diario (valoraciones focalizadas) (ver anexo 5.4)

2.3 Proceso de Diagnóstico

A partir de estos instrumentos se obtuvieron los diagnósticos de Enfermería los cuales desarrollados apoyándose por el formato PES y la taxonomía de la NANDA (2012-2014). Los diagnósticos pueden ser:

- Real: Consta de tres partes **PES**. **P**roblema o respuesta del sujeto de atención, **E**tiología y **S**ignos y Síntomas.
- De Riesgo: Consta de dos componentes **PE**. **P**roblema y **E**tiología o factores contribuyentes.
- De Salud: Juicio clínico de la persona que se encuentra en un nivel de bienestar y desea un nivel de bienestar más elevado.

Del total de dichos diagnósticos 1 fue potencial, 9 reales, 1 riesgo y 3 de salud dando un total de 14. Para determinar el nivel y grado de dependencia se utilizó la escala de Continuum Independencia-Dependencia de Margot Phaneuf (ver anexo 5.4)

2.3 Proceso del diagnóstico.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA	FUENTE DE LA DIFICULTAD	TIPO DE PRIORIDAD
1. Eliminación	Riesgo de exceso de líquidos relacionado con el funcionamiento del riñón trasplantado.	Octubre 2015	Nivel 2, por algunas semanas	FF	Alta
2. Seguridad y protección	Riesgo de infección sistémica relacionado con defensas secundarias insuficientes por tratamiento inmunosupresor. Leucocitos 7.90, neutrófilos 56%, linfocitos 36%, eosinófilos 1.0%	Octubre 2015	Nivel 2, por algunas semanas.	FF	Alta
3. Nutrición e hidratación	Alteración en la necesidad de nutrición relacionada con aporte insuficiente de nutrientes manifestado por peso y talla para la edad en percentil 3.	Octubre 2015	Nivel 6, por algunos meses.	FF	Alta
4. Descanso y sueño	Alteración del patrón de sueño: sueño fragmentado relacionado con múltiples procedimientos hospitalarios manifestado por irritabilidad, insomnio durante la noche, somnolencia durante el día y ojeras.	Octubre 2015	Nivel 4, por algunos días.	FV	Alta

5. Movimiento y postura	Retraso en el desarrollo relacionado con falta de estimulación de los cuidadores primarios por la asistencia a la unidad hospitalaria y tratamiento de forma frecuente manifestado por Escala Denver: Área motora 9.5 meses, motor fino-adaptativo 15 meses.	Octubre 2015	Nivel 5, por algunos meses.	FF	Media
6. Comunicación	Alteración de la comunicación verbal relacionado con falta de estimulación por parte de los cuidadores primarios manifestado por Escala Denver: Área lenguaje 14 meses, personal social 12 meses para una edad de 2 años 7/12 meses, solamente dice: papá, mamá, agua, leche y pronuncia bisílabos cuando se le solicita.	Octubre 2015	Nivel 5, por algunos meses.	FF	Media
7. Creencias y Valores	Dependencia en la necesidad de creencias (madre) relacionado con falta de voluntad para no poder realizar los ritos correspondientes a su religión manifestado por aceptar los procedimientos que se realizan en contra de su ideología y voluntad.	Octubre 2015	Nivel 5, por algunas semanas.	FV	Alta

8. Realización	Temor de los cuidadores primarios relacionado con la falta de conocimientos sobre el cuidado a realizar en el hogar manifestado por la verbalización de los padres de sentimientos de angustia y preocupación.	Octubre 2015	Nivel 4, por algunos días.	FC	Media
9. Aprendizaje	Alteración en la necesidad de aprendizaje del cuidador primario relacionado con falta de conocimientos sobre los hitos del desarrollo manifestado por valoración de la lactante en la Escala Denver: Área motora 9.5 meses, motor fino-adaptativo 15 meses, lenguaje 14 meses, personal social 12 meses para una edad de 2 años 7/12 meses (No dice su nombre, no señala su edad).	Nov 2015	Nivel 5, por algunos días.	FV	Media
10. Recreación	Dependencia en la necesidad de recreación relacionada con falta de conocimientos de los cuidadores para proporcionar actividades y objetos lúdicos de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo manifestado por conducta retraída, ansiedad e irritabilidad de la lactante.	Oct 2015	Nivel 4, por algunos días.	FV	Media

11. Termorregulación	Riesgo de alteración en la necesidad de termorregulación relacionado con ambiente hospitalario caluroso.	Octubre 2015	Nivel 3, por algunos días.	FF	Baja
12. Higiene y protección de la piel.	Conducta generadora de salud para mejorar el aseo en general de la lactante mayor por parte del cuidador primario.	Octubre 2015	Nivel 1	FV	Baja
13. Vestido y desvestido	Disposición del cuidador primario para mejorar la necesidad de vestido y desvestido de la lactante manifestado por el uso de ropa de acuerdo a sexo, talla, edad y clima.	Octubre 2015	Nivel 1	FV	Baja
14. Oxigenación	Conducta generadora en salud del cuidador primario para evitar enfermedades respiratorias en el hogar manifestado por la expresión verbal de la mamá de los cuidados que realiza y con el interés de conocer más acerca de ellos.	Octubre 2015	Nivel 1	FV	Baja

2.4 Proceso de Planeación

En el presente Estudio de Caso el proceso de Planeación está estructurado de la siguiente forma: el encabezado, apartado de datos de identificación del paciente en el cual se encuentra el nombre del paciente, edad, sexo, registro y diagnóstico médico así como el diagnóstico de Enfermería, objetivo, nivel y grado de dependencia de acuerdo la escala de Continuum Independencia- Dependencia de Phaneuf, tipo de prioridad y rol de Enfermería.

El plan de intervenciones se realizó uno para cada uno de los 14 diagnósticos de Enfermería identificados (1 potencial, 9 reales, 1 riesgo y 3 de salud) de forma personalizada atendiendo a cada necesidad alterada previamente identificada y jerarquizada.

El diseño de los planes se presenta en una tabla la cual contiene los siguientes datos: al inicio se manifiesta la necesidad alterada, a continuación el diagnóstico de Enfermería en base a las etiquetas, factores relacionados y características definitorias de la NANDA (2012 – 2014) y formato PES. En las columnas siguientes se presenta el objetivo, nivel y grado de dependencia y fuente de la dificultad; posterior a estos datos se presentan el plan de intervenciones con su respectiva fundamentación científica.

2.5 Proceso de Ejecución y Evaluación.

En el proceso de Ejecución se dio inicio al plan de cuidados para conseguir los objetivos establecidos. Durante esta etapa se realizaron valoraciones al paciente para determinar si las intervenciones de Enfermería basadas en una fundamentación científica fueron suficientes, todo esto con la documentación y registros correspondientes.

En la última etapa la cual comprende el proceso de Evaluación se realiza en base al proceso, estructura y resultado del objetivo general y objetivos específicos planteados al inicio de este Estudio de Caso así como de los objetivos de cada uno de los Diagnósticos de Enfermería mediante la comparación sistemática y planeada del estado de salud del paciente.



PLAN DE INTERVENCIONES

NOMBRE: K.R.P.P

EDAD: 2 a 7/12m

SEXO: Femenino

SERVICIO: Nefrología

EXPEDIENTE: 798119

NECESIDAD: Eliminación

NIVEL Y GRADO DE DEP: Nivel 2 por algunos meses o años.

TIPO DE PRIORIDAD: Alta

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Riesgo de exceso de líquidos relacionado con el funcionamiento del riñón trasplantado.

OBJETIVO: La lactante mayor mantendrá un balance de líquidos dentro de parámetros normales mediante intervenciones de Enfermería especializada y con el equipo multidisciplinario durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la necesidad de Eliminación cada 8 horas.</p> <p align="center">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar Historia Clínica. ▪ Realizar entrevista al cuidador primario. ▪ Realizar exploración física de: Piel, cara, abdomen, genitales. ✓ Inspección. ✓ Palpación. ✓ Percusión. ✓ Auscultación 	<p>El organismo sano mantiene un equilibrio entre la cantidad de líquido ingerido y la cantidad de líquido eliminado. La valoración de la eliminación urinaria conduce a la identificación de factores o trastornos que puedan alterar la diuresis. (Kozier 2005)</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Realizar el Manejo de líquidos cada hora.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Monitorizar el estado hemodinámico incluidos los niveles de PVC.▪ Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial).▪ Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de PVC, edema, distensión de las venas del cuello, ascitis).▪ Administrar líquidos intravenosos prescritos (sol. 2:1, 400ml/m²/24hrs)▪ Administrar la reposición prescrita de líquidos fijos vía oral y completar por sonda nasogástrica según corresponda.▪ Favorecer la ingesta vía oral.▪ La Enfermera instruirá al cuidador primario sobre la importancia y volumen indicado de la ingesta de líquidos vía oral para que participe de forma continua.▪ Realizar un registro preciso de ingresos y egresos.▪ Tomar en coordinación con el médico	<p>Un adecuado manejo de líquidos promueve la producción de orina la cual requiere un volumen circulante efectivo, parénquima renal sano y vías urinarias normales permeables. Cualquier patología que comprometa algunos de estos factores alterará la diuresis. Volumen normal: 1 a 3 ml/kg/peso. (Arenas 2008)</p> <p>Un adecuado ajuste de líquidos en el periodo postrasplante renal consiste en reemplazar las pérdidas insensibles y reponer la producción de orina volumen a volumen. (Kiesling 2012).</p>



<p>exámenes de laboratorio y verificar los resultados relevantes en la retención de líquidos (aumento de la osmolaridad urinaria, Densidad Urinaria, aumento del BUN, electrolitos, creatinina).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar al médico Nefrólogo si existen datos de exceso de volumen de líquidos. 	
--	--

INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Realizar la monitorización de líquidos cada hora.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar todos los líquidos intravenosos y líquidos fijos por sonda nasogástrica mediante bombas de infusión. ▪ Monitorizar y llevar el registro estricto del balance hídrico. ▪ Verificar y llevar un registro preciso del acceso venoso, sonda nasogástrica y sonda urinaria. ▪ Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. ▪ Observar las mucosas y datos de deshidratación o edema. ▪ Explorar el llenado capilar 	<p>La monitorización cuidadosa de los ingresos y pérdidas de líquidos por todas las vías es importante, ya que la hipovolemia es el precursor habitual del daño tubular isquémico. Tomar la presión arterial con frecuencia y monitorizar los valores hemodinámicos son otros medios para evaluar la situación de los líquidos. Los cambios en estos valores indicarán reducciones o aumentos del volumen intravascular. (Urden 1998)</p>



<p>manteniendo la mano del paciente al nivel del corazón presionando durante 5 segundos (el llenado capilar debe ser menor a 2 segundos).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Explorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre una superficie ósea.▪ Monitorizar el peso.▪ Informar al médico sobre un gastos urinario menor a 1 -3 ml/kg/hora.	
---	--

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Realizar el manejo de la Eliminación Urinaria cada hora.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, color, olor, volumen y color.▪ Tomar la densidad urinaria.▪ Registrar el volumen urinario así como las características.▪ Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.▪ La enfermera instruirá al cuidador primario sobre la importancia del manejo de la eliminación urinaria (cantidad, frecuencia y características) para que participe de forma continua.	<p>Un manejo cuidadoso y repetido de la eliminación urinaria es de vital importancia en los receptores de trasplante renal ya que pueden observarse grados leves de disfunción renal, especialmente en el contexto de la exposición crónica de los Inhibidores de Calcineurina CNI. Estas alteraciones se refieren a la reserva renal como la tasa de filtración glomerular. (Kieslinh 2012).</p>



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notificar al médico Nefrólogo si se presentan signos y síntomas de infección del tracto urinario. 	
---	--

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Realizar Cuidados del Catéter Urinario cada hora.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la indicación de la sonda urinaria a permanencia. ▪ Mantener una higiene de las manos, durante y después de la manipulación de la sonda urinaria. ▪ Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones. ▪ Asegurarse de que la bolsa colectora se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. ▪ Evitar inclinar la bolsa colectora o sistemas de medición para evitar la contaminación ascendente. ▪ Mantener la permeabilidad de la sonda urinaria. ▪ Si es necesario irrigar la sonda urinaria se usará una técnica estéril adecuada. 	<p>Los cuidados a los pacientes con sondas permanentes van dirigidos a evitar la infección del tracto urinario y a favorecer el flujo urinario a través del sistema de drenaje. (Kozier 2005).</p> <p>Las manos son el principal vehículo para transmisión de bacterias gramnegativas. Muchas infecciones de vías urinarias se deben a microorganismos adquiridos del exterior y transmitidos por contaminación cruzada. (Brunner 1991).</p>



<ul style="list-style-type: none">▪ Mantener limpia la parte externa de la sonda urinaria a nivel del meato.▪ Drenar la bolsa colectora antes de cualquier traslado del paciente.▪ Obtener las muestras de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.	
---	--

EVALUACIÓN

Se llevaron a cabo las intervenciones planificadas para realizar la monitorización del balance de líquidos. Durante su estancia hospitalaria la lactante mantuvo un gasto urinario en 1 -3 ml/kg/peso, no existieron datos de hipervolemia. El cuidador primario comprendió la importancia de la ingesta de líquidos vía oral y participó activamente en los cuidados. El nivel de dependencia se mantuvo en 2.



NECESIDAD: Seguridad y Protección

NIVEL Y GRADO DE

DEPENDENCIA: Nivel 2 por algunos meses o años.

TIPO DE PRIORIDAD: Alta

FTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Riesgo de infección sistémica relacionado a defensas secundarias insuficientes por tratamiento inmunosupresor. Leucocitos 7.90, neutrófilos 56%, linfocitos 36%, eosinófilos 1.0%.

OBJETIVO: La lactante se mantendrá sin infección sistémica por medio de intervenciones especializadas de prevención con el apoyo del equipo multidisciplinario de la salud y de los cuidadores primarios.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la Necesidad de Seguridad y Protección.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - Esquema de vacunación. - Antecedentes de enfermedades recurrentes y/o infecciosas. ▪ Valorar datos de laboratorio BH (Leucocitos, Linfocitos, neutrófilos) ▪ Realizar exploración física de: <ul style="list-style-type: none"> - Piel (integridad, coloración, datos de secreción y temperatura especialmente de la herida quirúrgica en su proceso de cicatrización. 	<p>Valorar la necesidad de Seguridad y Protección permite identificar amenazas que provengan del entorno físico y social del individuo, así como favorecer los medios naturales de protección o los medios químicos si es necesario. (Riopelle 1997)</p>



<ul style="list-style-type: none">▪ Vigilar estado del acceso vascular (sitio de inserción y funcionalidad).▪ Vigilar estado del catéter de Diálisis Peritoneal (sitio de salida y verificar fijación para evitar tracciones accidentales).	
--	--

INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Proporcionar a la lactante mayor un ambiente de Aislamiento protector durante su estancia hospitalaria.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La unidad de trasplante renal será considerada como área de contacto mínimo.▪ Realizar lavado de manos antes y después del ingresar a la unidad de trasplante.▪ Toda persona que ingrese al área de trasplante deberá utilizar: Bata estéril y cubrebocas.▪ Controlar el acceso de personal médico y de enfermería: 1 enfermera y 1 médico dentro del área.▪ El material de insumo, de aseo y ropa será estéril.▪ Evitar el acceso a la unidad de trasplante a personas con riesgo de padecimiento de	<p>El aislamiento protector consiste en proporcionar un medio ambiente seguro para aquellos pacientes susceptibles de padecer una infección debido a su inmunodepresión. (Siegel 2010)</p>



<p>enfermedades infecto contagiosas.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Limpiar el ambiente adecuadamente cada 24 horas.▪ Enseñar al cuidador primario los cuidados especiales de aislamiento que su hijo requiere.	
---	--

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos en la lactante mayor durante su estancia hospitalaria.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Realizar lavado de manos antes y después de toda intervención aséptica.▪ Manipular el acceso vascular, accesos venosos, catéter de diálisis y sonda urinaria con técnica aséptica para mantener la esterilidad del medio ambiente.▪ Estabilizar todas las líneas y accesos vasculares y venosos para evitar la manipulación y contaminación accidentales▪ Proporcionar baño diario y aseo de manos antes de la ingesta de los alimentos.	<p>Minimizar los riesgos de contagio e infección favorece una adecuada evolución clínica, ya que los inmunosupresores tornan al receptor del trasplante más vulnerable a infecciones permitiendo las infecciones oportunistas. (Protocolo de Trasplante INNSZ 2011).</p>



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aseo oral meticuloso por turno. ▪ Cuidados de la sonda urinaria. 	
---	--

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Proporcionar cuidados a la herida quirúrgica (zona del injerto).</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar signos de infección en la zona del injerto (color, calor, dolor, inflamación y secreción) ▪ Realizar aseo de la herida quirúrgica cada 24 horas con clorhexidina al 2% siguiendo los principios de asepsia. ▪ Cambiar apósitos de forma inmediata en caso de presentar drenaje profuso. ▪ Evitar fricción accidental en la herida quirúrgica. ▪ Limitar la actividad del paciente en cama hasta que los bordes de la herida se encuentren completamente afrontados. ▪ Evaluar escala CRIES de dolor y administrar analgésicos prescritos. ▪ Evaluar datos de Rechazo agudo del injerto el cual se presenta con dolor en la zona del injerto. 	<p>Los pacientes receptores de riñón son sensibles a la cicatrización defectuosa e infecciones por el tratamiento inmunosupresor la cual elimina la respuesta inmunitaria. (Arenas 2008).</p>



INTERVENCIÓN (Dependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Administrar medicamentos prescritos indicados para la profilaxis de infecciones.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Utilizar los 10 correctos para la administración de medicamentos.<ul style="list-style-type: none">- Paciente correcto- Medicamento correcto- Dosis correcta- Vía correcta.- Hora correcta.- Verificar caducidad del medicamento.- Informar al paciente sobre el medicamento.- Registrar el medicamento aplicado.- Conocer posibles alergias a medicamentos y posibles alteraciones.- Preparar y administrar usted mismo el medicamento.▪ Identificar cada uno de los medicamentos utilizados para profilaxis de infecciones.<ul style="list-style-type: none">- Trimetoprim/sulfametoxazol para Pneumocystis Jiroveci- Nistatina para infecciones contra hongos.- Valganciclovir para CMV (Citomegalovirus)	<p>Actualmente se recomienda que todos los pacientes que se someten a trasplante renal reciban tratamiento para prevenir esta infecciones contra Pneumocystis Jiroveci, Hongos y CMV. La incidencia reportada de enfermedades es de aproximadamente 5% en ausencia de tratamiento preventivo. El principal factor de riesgo para desarrollarla es la intensidad de la inmunosupresión. (Protocolo de Trasplante INNSZ 2011)</p>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”**



EVALUACIÓN

Durante su estancia hospitalaria la lactante se mantuvo sin infecciones sistémicas, la unidad hospitalaria contó con la infraestructura, material y equipo necesario para proveer el aislamiento protector que el paciente requería, el personal de salud y el cuidador primario participaron activamente para llevar a cabo los planes diseñados. El nivel de dependencia disminuyó de un nivel 2 a 1.



NECESIDAD: Nutrición

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 6, por algunos meses.

TIPO DE PRIORIDAD: Alta

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración en la necesidad de nutrición relacionada con aporte insuficiente de nutrientes manifestado por peso y talla para la edad en percentil 3.

OBJETIVO: La paciente mejorará su estado nutricional por medio de un Plan Nutricional especial proporcionado durante su estancia hospitalaria y que pueda continuar en su hogar.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la necesidad de Nutrición e Hidratación.</p> <p align="center">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario acerca: <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos alimenticios de la lactante mayor. - Preferencias y rechazos de los alimentos. - Conocimientos del cuidador primario de los grupos de alimentos y porciones. - Antecedentes de alergias alimentarias. - Accesibilidad a los alimentos. ▪ Realizar exploración física de: <ul style="list-style-type: none"> - Boca (inspección, palpación). - Abdomen (inspección, auscultación, palpación y percusión). - Peso y talla. 	<p>Realizar la valoración de la necesidad de nutrición e hidratación permite identificar las interacciones entre el organismo y el alimento que se consume. La nutrición es lo que una persona ingiere y la manera en que su cuerpo lo utiliza. (Kozier 2005).</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Realizar la monitorización del estado de nutrición de la lactante mayor diariamente durante su estancia hospitalaria.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Pesar y medir a la lactante a la misma hora.▪ Llevar un registro de la somatometría.▪ Obtener medidas antropométricas (IMC, cintura, pliegues cutáneos)▪ Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.▪ Monitorizar la ingesta de los alimentos	<p>La monitorización de esta necesidad revela deficiencias y excesos nutricionales, además de las variaciones evidentes del peso. (Kozier 2005)</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Proporcionar un plan nutricional adecuado para los requerimientos nutricionales de la lactante mayor durante su estancia hospitalaria.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sugerir que se solicite la interconsulta con el departamento de nutrición. - Realizar en conjunto con el departamento de nutrición un plan que incluya los 4 grupos de alimentos. <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar alimentos con un adecuado aporte de hierro, calcio y vitaminas C y A, que a menudo son deficitarios en la edad de entre 1 y 3 años. 	<p>Proporcionar un plan nutricional favorecerá la satisfacción de las necesidades nutritivas del niño de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo. (Kozier 2005)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Favorecer la ingesta de alimentos de la lactante mayor durante su estancia hospitalaria.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Propiciar un ambiente agradable a la hora de la comida.▪ Ofrecer los alimentos preferidos de la paciente de forma variada que estén incluidos dentro del plan nutricional establecido.▪ Ofrecer pequeñas porciones de alimentos, simples y atractivos.▪ Procurar que el tiempo de comida no sea demasiado largo, debido al breve lapso de atención del lactante.▪ Permitir que la lactante ingiera los alimentos en el orden y combinación que ella desee.▪ Propiciar descanso previo al horario de comida favoreciendo así una conducta y estado de ánimo agradable de la lactante.▪ Expresar palabras de reconocimiento cuando se concluya el tiempo de comidas.▪ Permitir al cuidador primario a que participe en esta actividad de forma activa.	<p>Favorecer la ingesta de alimentos de forma voluntaria y agradable garantizara la toma real y completa de los alimentos. Los estilos de vida y estado de ánimo determinan las conductas alimentarias (Kozier 2005).</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Proporcionar un plan de enseñanza de una guía nutricional en el hogar dirigido al cuidador primario.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Proporcionar información acerca de los diferentes grupos de alimentos y porciones indicadas.▪ Explicar la importancia del consumo de alimentos preparados en el hogar.▪ Explicar la importancia de establecer un ambiente agradable durante la hora de la comida.▪ Mencionar la importancia de no reprender por hábitos en la mesa que podrían ser modificados con el tiempo.▪ Enseñar a los cuidadores primarios a no utilizar los alimentos como objeto de recompensa o castigo.▪ Proporcionar el plan nutricional diseñado en conjunto con el servicio de nutrición a los cuidadores primarios para que puedan continuarlo en el hogar.	<p>Brindar enseñanza al cuidador primario de los beneficios de un plan nutricional adecuado garantizará la continuidad de los cuidados en el hogar y por consiguiente el éxito en el tratamiento. (Kozier 2005)</p>



EVALUACIÓN

Se diseñó un plan nutricional para la lactante, dando a conocer al cuidador primario (madre). Se proporcionó un ambiente agradable a la hora de la toma de alimentos, la aplicación de las intervenciones propició para que la paciente aceptara alimentos que anteriormente no eran tolerados o incluidos en su dieta diaria.

Durante los seguimientos posteriores se logró verificar que el cuidador primario continuaba con el plan de alimentación, manifestó que el apetito de K.R. había mejorado así como su aceptación y tolerancia. En mayo del 2016 el peso de la lactante había aumentado de 8.5 kg a 11 kg (percentil 15) y con un aumento de talla de 70 cm a 76.5 cm (percentil 3). De nivel de dependencia 6 disminuyó a 4.



NECESIDAD: Descanso y sueño

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 4, por algunos días.

TIPO DE PRIORIDAD: Alta

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Voluntad

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón de sueño: sueño fragmentado relacionado con múltiples procedimientos hospitalarios manifestado por irritabilidad, insomnio durante la noche, somnolencia durante el día y ojeras.

OBJETIVO: Proporcionar a la paciente un entorno adecuado en diferentes intervalos de tiempo amplios entre una intervención y otra favoreciendo así el periodo de sueño continuo de 6 horas durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de Descanso/sueño de la paciente cada 24 horas.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario para obtener la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> - Número de horas de sueño al día - Costumbres y/o hábitos antes de dormir. - Presencia de pesadillas. - Requerimientos de algún objeto para conciliar el sueño. ▪ Realizar exploración física inspeccionando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Coloración de tegumentos - Presencia de ojeras - Buscar datos de somnolencia, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, letargia, apatía, bostezos frecuentes durante el día. 	<p>Realizar la valoración del descanso y sueño permite identificar las posibles situaciones que lo alteren y dificulten el restablecimiento adecuado de la persona, lo que permite que el sujeto recupere un funcionamiento óptimo. (Kozier, 2007)</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Crear un ambiente propicio para el descanso durante la estancia hospitalaria.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Si el estado de salud del paciente lo permite, proporcionar el baño antes de dormir.▪ Colocar ropa cómoda a la lactante.▪ Proporcionar una temperatura ambiental que resulte agradable para el paciente.▪ Colocar la cama en el nivel más bajo.▪ Elevar los barandales de la cama▪ Emplear penumbra o luz tenue en la unidad hospitalaria.▪ Corroborar que la puerta de la unidad permanezca cerrada para aislar los sonidos externos.▪ Permitir el acceso a la habitación de la lactante algún objeto que utilice en casa para dormir (manta, juguete, almohada, etc.).▪ Si está autorizado el acceso del cuidador primario a la unidad hospitalaria, permitir su estancia, la participación y acompañamiento en los cuidados de su hija el mayor tiempo posible.▪ Evitar realizar procedimientos dolorosos o que produzcan malestar y/o estrés a la lactante antes de dormir.	<p>Un ambiente propicio para el descanso es aquel que elimina las distracciones ambientales (luz, ruido, procedimientos médicos y de enfermería, etc.), aseguran un ambiente sin riesgos y por lo tanto favorecen el descanso y sueño del paciente. (Kozier, 2007)</p>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”**



<ul style="list-style-type: none">▪ Si es posible, exhortar al cuidador primario a que realice algún ritual propio de la familia para que su hija se relaje (oración, cantarle, contarle un cuento, etc).	
---	--



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Evitar las interrupciones del sueño profundo (NREM) por lo menos en un periodo de 6 horas mínimo durante la noche a la lactante cada 24 horas.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Proporcionar un ambiente limpio y seco para dormir.▪ Permitir el acceso de alguno de los cuidadores primarios a la unidad hospitalaria y que permanezca toda la noche.▪ Programar las tomas de medicamento y rutinas del servicio de forma que no se vea interrumpido el sueño por lo menos en 6 horas algunos ejemplos son:<ul style="list-style-type: none">- 8 – 16 – 24- 12- 18 – 24 – 6- 12 – 24▪ Implementar ambiente de penumbra apagando las luces innecesarias.▪ Realizar intervenciones esenciales de enfermería sólo si son muy necesarias y/o urgentes.▪ Disminuir en lo posible el ruido (alarmas, voces, etc).	<p>El sueño NREM constituye la mayor parte del sueño, es un sueño profundo y reposado que produce una disminución de algunas funciones fisiológicas. El sueño restaura los niveles normales de actividad y el equilibrio normal entre las partes del sistema nervioso como sobre otras estructuras corporales. De alguna manera, el sueño restaura los niveles normales de actividad y el equilibrio normal entre las partes del sistema nervioso central. El sueño también es necesario para la síntesis de proteínas, que permite que se produzcan los procesos de reparación. (Kozier, 2007)</p>

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Instruir al cuidador primario para que pueda realizar ejercicios de relajación a su hija por diez minutos para favorecer el confort, el descanso y el sueño.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar masaje: <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo a la condición actual de la paciente, colocarla en una posición cómoda, de preferencia en decúbito dorsal con brazos y piernas extendidas. - Utilizar crema o aceite para realizar el masaje. - Realizar el masaje de la siguiente forma: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center; margin: 5px;">  <p>1. Coloca al bebé boca arriba encima de una toalla</p> </div> <div style="text-align: center; margin: 5px;">  <p>2. Masajea los pies del bebé</p> </div> <div style="text-align: center; margin: 5px;">  <p>3. Masajea las piernas del pequeño</p> </div> <div style="text-align: center; margin: 5px;">  <p>4. Masajea el vientre del bebé</p> </div> <div style="text-align: center; margin: 5px;">  <p>5. Masajea el pecho del bebé</p> </div> <div style="text-align: center; margin: 5px;">  <p>6. Trabaja los bracitos del niño</p> </div> <div style="text-align: center; margin: 5px;">  <p>7. Masajea las manitas del bebé</p> </div> <div style="text-align: center; margin: 5px;">  <p>8. Masajea la espalda del pequeño</p> </div> <div style="text-align: center; margin: 5px;">  <p>9. Masajea todo el cuerpo del bebé con una pelota</p> </div> </div>	<p>La relajación proporciona confort al individuo, lo cual es esencial para ayudarlo a que consiga el sueño y lo mantenga, especialmente cuando los efectos de la enfermedad interfieren en el sueño. (Kozier, 2007)</p>



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementar musicoterapia: Algunas melodías sugeridas: <ul style="list-style-type: none"> - Concierto para piano nº5 de Rachmanino - Música acuática de Haendel - Concierto para violín de Beethoven - Sinfonía nº8 de Dvorak 	
--	--

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Enseñar a los cuidadores primarios la importancia del descanso y sueño durante la estancia hospitalaria y en el hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar clara y detalladamente a los padres: <ul style="list-style-type: none"> - Las condiciones que promueven el sueño y aquellas que interfieren en él. - Los efectos del estado de salud de su hija sobre el sueño y descanso. - La importancia de establecer un horario específico para dormir y levantarse. - Establecer una rutina regular antes de dormir (bañarlo, proporcionarle masaje, escuchar música suave etc.) 	<p>Los individuos que están a cargo de otras personas necesitan aprender la importancia del descanso y del sueño, con el objetivo de ayudarles a recuperarse pronto y mantenerse tranquilos durante la hospitalización. (Kozier 2007).</p> <p>El conocer la importancia del sueño facilita la promoción de un sueño de calidad. (Urden 1998)</p>



EVALUACIÓN

El plan de intervenciones se diseñó para lograr la obtención de 6 horas continuas de sueño en la lactante, las cuales se consiguieron mediante la implementación de estrategias como la administración de medicamentos en horarios (8-16 - 24 y 6-12-18-24 horas) los cuales favorecieron el descanso durante 6 horas sin interrupciones. La luz artificial durante la noche no pudo ser eliminada por completo. Se instruyó al cuidador primario sobre la aplicación de masajes corporales con el propósito de proporcionar relajación a la lactante con lo cual se disminuyeron los periodos de irritabilidad durante el día. De nivel 4 se disminuyó a 2.



NECESIDAD: Movimiento y Postura

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 5, por algunos meses.

TIPO DE PRIORIDAD: Alta

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Retraso en el desarrollo relacionado con falta de estimulación de los cuidadores primarios por la asistencia a la unidad hospitalaria y tratamientos de forma frecuente manifestado por Escala Denver: Área motora 9.5 meses y motor fino-adaptativo 15 meses.

OBJETIVO: La paciente iniciará con estimulación en el área motora mediante ejercicios específicos para favorecer el inicio de la deambulaci3n por medio de intervenciones diseñadas con la colaboraci3n del profesional en terapia de estimulaci3n con la participaci3n de los cuidadores primarios para llevarlas a cabo durante su estancia hospitalaria y que pueda continuar en el hogar.

INTERVENCI3N (Independiente)	FUNDAMENTACI3N
<p>1. Realizar la valoraci3n de la necesidad de Movimiento y postura de la lactante por turno.</p> <p align="center">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar una entrevista al cuidador primario para la obtenci3n de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> - Edad gestacional al nacer - Peso y talla al nacimiento. - Tipo de parto. - Edad: Sost3n cef3lico, sedestaci3n, bipedestaci3n, deambulaci3n. - Limitaciones relacionadas a la movilidad (requiere ayuda, presenta dolor, nivel de actividad, emociones que influyan en la movilidad. 	<p>La valoraci3n del movimiento y la postura del individuo, facilitan identificar la integridad del sistema musculoesquel3tico y del sistema nervioso los cuales permiten la coordinaci3n de la contracci3n muscular y de la actividad neurol3gica. (Kozier 2007).</p>



- Realizar exploración física de:
 - Conformación del sistema musculo esquelético
 - Alineación corporal.
 - Postura.

A través de las siguientes valoraciones:

Valoración de Fuerza Muscular.

Daniels

Grado	Descripción
0	Ninguna Respuesta muscular
1	Músculo realiza contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el mov Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el mov Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad+Resistencia Mod
5	Músculo soporta resistencia manual máxima, Mov completo, Contra gravedad

Valoración de Tono Muscular

Ashwort

Grado	Descripción
0	Tono Normal
1	Mínima Hipertonía (resistencia al movilizar el miembro)
2	Leve Hipertonía (miembro se mueve fácilmente)
3	Moderada Hipertonía (movimiento pasivo dificultoso)
4	Severa Hipertonía (Miembro rígido)



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Diseñar e implementar un programa dirigido al cuidador primario sobre estimulación temprana para promover y alcanzar el desarrollo infantil de la lactante en coordinación con el profesional de fisioterapia.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ El programa debe incluir las siguientes áreas del desarrollo:- Motor Grueso: son los grandes movimientos del cuerpo, piernas y brazos.- Motor fino: son los movimientos finos y precisos de las manos y dedos.- Lenguaje: es la capacidad de comunicarse y hablar.- Socio-afectivo: es la capacidad de relacionarse con los demás y expresar sentimientos y emociones.	<p>El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. (files.unicef.org)</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Realizar ejercicio de fortalecimiento muscular en miembros inferiores de la lactante.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Explicar el objetivo de los ejercicios al cuidador primario y a la lactante.▪ Realizar ejercicios pasivos en las piernas :<ul style="list-style-type: none">- Levantar lentamente una pierna manteniéndola lo más recta posible- Manteniendo esa posición flexionar el pie hasta que apunte a la cabeza del paciente, mantener esa posición de 1 a 2 minutos- Lentamente bajar la pierna y pausar- Repetir lo mismo en la otra pierna- Hacer el ejercicio de 8 a 15 veces con cada una.- Extender la rodilla hacia el pecho del paciente por un segundo de 8 a 15 veces.- Repetir con la otra pierna- La movilización de las piernas debe ser suave y no superar su tolerancia▪ Animar a la paciente a dar pasos cortos con apoyo y frecuentes 3 veces al día.▪ Aumentar la distancia de los pasos progresivamente siempre con apoyo.▪ Evaluar la tolerancia de la marcha	<p>Los ejercicios de fortalecimiento muscular antes de caminar aumentan la fuerza muscular de las piernas evitando el cansancio excesivo y alguna dificultad a la hora de deambular. (Long, 1999)</p> <p>La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza muscular, mejora la circulación y fortalecimiento de los músculos. (Perry Potter 1998).</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Crear un ambiente propicio para la realización de las actividades y/o ejercicios.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Desarrollar las actividades en un ambiente tranquilo y seguro.▪ Siempre premiar o festejar los resultados obtenidos.▪ No forzar su respuesta si no quiere hacer las actividades.▪ Promover la participación de ambos padres.▪ Las actividades deben realizarse diariamente o por lo menos tres veces a la semana.▪ Repetir las series de ejercicios por lo menos cinco veces. Acompañar las actividades con música, canciones, rimas y juegos.▪ El momento ideal para estimularles es cuando están despiertos y tranquilos.▪ Deja pasar 30 minutos después de los alimentos.▪ Aprovechar las actividades diarias como la alimentación, el baño, el juego, el vestirle.▪ Diseñar instrumentos para los ejercicios.	<p>Un clima de ambiente agradable brindará motivación, comodidad, despertará el interés y mejorará la atención del niño.(files.unicef.org)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Realizar las siguientes actividades de estimulación para favorecer el inicio de la deambulación de la lactante en colaboración con los cuidadores primarios.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Estimular todos los intentos de erguirse y caminar:<ul style="list-style-type: none">- Dejar a la lactante apoyada en la cama o en un mueble y llamarle desde más lejos mostrándole su juguete preferido.- A medida que va dando pasos aplaudirle y decirle “Muy bien”. ▪ Ayudarle a dar pasos hacia adelante.<ul style="list-style-type: none">- Una vez que la lactante ha aprendido a andar a lo largo de un mueble o del sofá, puede comenzar a llevarlo tomándolo por la mano.- Situarse detrás de ella, sujete sus manos, empújelas ligeramente hacia delante y el niño empezará a dar pasos.- Poco a poco disminuya la ayuda.	<p>Existe variabilidad en la adquisición de habilidades de movimiento, mismas que dependen de la maduración, y ésta a su vez, depende de las actividades de estimulación y de la motivación. Todo ello hace que un niño camine antes y otros después de lo esperado.</p> <p>(conductitlan.net/estimulación temprana.pdf)</p>



▪ **Ayudarle a aprender a ponerse de pie sin apoyos:**

- Coloque a su lado un banco o una caja de unos 20 cm de altura y ofrézcale un juguete inclinándose muy poco de manera que solo pueda alcanzarlo poniéndose de pie.
- Una vez que ha gateado hacia el banco, aprenderá a apoyarse en él arrodillándose inicialmente y luego se pondrá de pie para alcanzar el juguete que le ofrece.

▪ **Enseñar a K.R. que abra cajones:**

- Permite a la niña jugar con un cajón pequeño fácil de abrir y que esté a su altura. Lo abrirá y cerrará con gran interés.
- Llénelo de juguetes que le gusten, permita que los saque y los vuelva a meter y cierra de nuevo el cajón.
- K.R. intentará ponerse de pie para abrir el cajón.
- Recordar que cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo, no se debe forzarlo si aún no está preparado para ello y no olvidar tenerlo a siempre a la vista para evitar accidentes.



EVALUACIÓN

El plan de intervenciones para la necesidad de movimiento y postura fue dirigido hacia el logro de la adquisición de habilidades motoras propias de su etapa de crecimiento y desarrollo (2 años 7 meses). Se proporcionó un plan de ejercicios de estimulación al cuidador primario para favorecer el inicio del gateo y deambulación en la lactante.

En los seguimientos posteriores: Febrero 2016 logra la bipedestación de forma autónoma, abril del 2016 se desplaza en distancias cortas con apoyo de superficies firmes (muebles), mayo 2016 deambula por si sola. De nivel de dependencia 5 disminuyó a nivel 2.



NECESIDAD: Comunicación

NIVEL Y GRADO DE DEPEND: Nivel 5
por algunos meses.

TIPO DE PRIORIDAD: Media

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Voluntad

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la comunicación verbal relacionado con falta de estimulación por parte de los cuidadores primarios manifestado por Escala Denver: Área de lenguaje 14 meses, personal social 12 meses para una edad de 2 años 7/12 meses, solamente dice: papá, mamá, agua, leche y pronuncia bisílabos cuando se le solicita.

OBJETIVO: La paciente iniciará con estimulación en el área de lenguaje mediante ejercicios específicos para el desarrollo y adquisición de nuevas palabras por medio de intervenciones diseñadas con la colaboración del profesional en terapia de rehabilitación y con la participación de los cuidadores primarios para llevarlas a cabo durante su estancia hospitalaria y que pueda continuar en el hogar.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la necesidad de Comunicación de la lactante diariamente.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario para la obtención de los siguientes datos: - Miembro de la familia más significativa para la paciente y/o con la que tiene lazos más estrechos y fuertes. - Gustos, preferencias y temores de su hija. 	<p>La valoración de la necesidad de comunicación determina la capacidad del individuo de establecer el mecanismo por el cual satisface todas sus necesidades de supervivencia, establecen sus relaciones y experimentan placer.</p> <p>La comunicación es un proceso dinámico que se utiliza para recabar los datos de valoración, para enseñar y convencer y para expresar interés y ofrecer consuelo. (Kozier 2007)</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



<ul style="list-style-type: none">▪ Realizar exploración física de los sentidos:<ul style="list-style-type: none">- Vista- Oído- Olfato- Gusto- Tacto▪ Valorar el:<ul style="list-style-type: none">- Contacto visual de la paciente a la interacción.- Expresiones faciales- Gestos corporales- Sonidos (llantos, suspiros, etc.)	
--	--



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Establecer estrategias de comunicación diariamente.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Emplear las siguientes características para influir sobre los padres y su hija.▪ Empatía: Expresión de que se comprende "lo que está viviendo el paciente" que se encuentra angustiado o triste.- Lenguaje Positivo: Al informar, animar u orientar al paciente, la enfermera influye de manera positiva.- Tacto terapéutico: Cuando es apropiado, la enfermera mantiene un contacto físico con el paciente, le tranquiliza y le reconforta.- Aptitud física y destreza técnica: El grado de profesionalidad y de eficiencia de la enfermera disminuye la ansiedad y promueva el bienestar.- Vigilancia: El paciente confía en que el profesional de enfermería se implique en su cuidado.	<p>Las estrategias de comunicación pueden administrarse directamente al paciente y la familia para proporcionar un ambiente tranquilo, coordinar actividades de los demás profesionales de la salud. Estas medidas se ponen en práctica cuando se intuye la angustia y el malestar del paciente y/o la familia. Estas estrategias abarcan las esferas psico espiritual, social y ambiental del paciente. (Kozier, 2007)</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Identificar el trastorno que interfiere en el habla y el lenguaje.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Los trastornos de articulación: Dificultad producir sonidos en las sílabas y al emitir palabras de forma incorrecta de modo que otras personas no pueden entender lo que la persona está diciendo.▪ Trastornos con la fluidez del habla con problemas que incluyen tartamudez: Una condición donde el habla se interrumpe debido a pausas anormales, repeticiones o sonidos prolongados y sílabas▪ Resonancia o trastornos de la voz: Incluye problemas con el tono, el volumen o la calidad de la voz. Distrae a los oyentes de lo que se está diciendo. Estos tipos de trastornos también pueden causar dolor al niño o hacerle sentir incómodo cuando está	<p>La terapia del habla y del lenguaje es el tratamiento para la mayoría de los niños con discapacidades del habla y aprendizaje del lenguaje. Las discapacidades en el habla se refieren a problemas con la producción de sonidos, mientras que los problemas con el aprendizaje del lenguaje son las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas. (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA)</p>



<p>hablando</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Disfagia oral/trastornos de la alimentación: Incluye dificultades al comer o al tragar.▪ Los trastornos del lenguaje pueden ser receptivos o expresivos:<ul style="list-style-type: none">- Los trastornos receptivos se refieren a las dificultades al entender o procesar el lenguaje.- Los trastornos expresivos incluyen dificultades para combinar palabras, vocabulario limitado o inhabilidad de usar el lenguaje en forma socialmente apropiada.	
--	--



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Emplear las siguientes actividades de terapia en colaboración con el fisioterapeuta que estimularan el área de habla y lenguaje.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Actividades de intervención del lenguaje. En estos ejercicios se interactuará con la niña jugando y hablando. Se puede utilizar fotos, libros, objetos o eventos actuales para estimular el desarrollo del lenguaje. También puede pronunciar correctamente las palabras como ejemplo y utilizar ejercicios de repetición para fortalecer el habla y los mecanismos del lenguaje. ▪ Terapia de la articulación. Los ejercicios de articulación o producción de los sonidos incluyen la pronunciación correcta de sonidos y sílabas por parte del profesional de la salud y/o el cuidador primario generalmente durante actividades de juego. Se le demostrará físicamente al niño cómo emitir ciertos sonidos como	<p>El objetivo primordial de la terapia de habla y lenguaje es establecer o restablecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en el individuo que así lo necesita desde un nivel de estimulación.</p> <p>El lenguaje y la comunicación son vitales en todos los seres humanos. Es un elemento posibilitador de la existencia del pensamiento.</p> <p>http://www.psicopedagogia.com/terapia-lenguaje</p> <p>Natalia Calderón Astorga.</p>

el sonido de la "r" y cómo mover la lengua para producir ciertos sonidos.

- **Terapia oral y motora de la alimentación.** Se utilizará una variedad de ejercicios, incluyendo el masaje facial, y movimientos para ejercitar la lengua, labios y mandíbula que fortalecen los músculos de la boca, también se trabajará con diferentes texturas y temperaturas de alimentos para incrementar la atención oral de la lactante mientras come y traga.



Hacer vibrar los labios



Fruncir los labios



Lengua al otro lado



Desinflar las mejillas



Morder el labio superior



Morder el labio inferior



Lengua angosta



Lengua ancha



Tirar besos



Lengua a un lado



Estirar los labios



Inflar las mejillas



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Instruir a los cuidadores primarios para que continúen la terapia de habla y lenguaje en el hogar.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Explicar de forma clara y sencilla los ejercicios y la finalidad que tienen.▪ Invitar a los cuidadores primarios a que expresen sus dudas, temores, sugerencias y/o comentarios.▪ Pedir al cuidador primario que realice los ejercicios de terapia de habla y lenguaje bajo la supervisión del fisioterapeuta y/o el profesional de Enfermería.▪ Recomendar a los padres:<ul style="list-style-type: none">- Que ofrezcan episodios durante el día para que puedan dialogar con su hija.- A que usen palabras sencillas, no usando diminutivos no “infantilizándolas” por ejemplo: leche en lugar de “teta”, así aprenderá a pronunciar de forma correcta.- Poner en práctica juegos nuevos:	<p>Involucrar a los padres es crucial para el progreso del niño en este tipo de terapia. Los padres son una parte muy importante en la terapia y ayudan a determinar el éxito del programa. Los niños que completan el programa con más éxito y con los mejores resultados a largo plazo son aquellos cuyos padres han estado involucrados. (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA)</p>



<p>así se despertará el interés de la lactante.</p> <ul style="list-style-type: none">- Utilizar el lenguaje corporal: utilizando gestos mientras se le habla, así se le proporciona más información y captarán más su atención.- Repitan lo que dice, corrigiéndole o ampliando lo que dice: Si habla mal, pueden corregirla pero sin que se dé cuenta, así no afectarán su autoestima.- Que lean juntos un cuento adecuado para la edad de su hija todos los días.- Escuchar música de rondas infantiles todos los días.- Promover en la lactante la necesidad de comunicarse, es decir hablar para pedir algo en lugar de esperar a que ellos “adivinen” lo que necesita sin que lo pida.▪ Recomendar a los padres primarios que incentiven y celebren a su hija por cada intento y logro obtenido	
--	--



EVALUACIÓN

El plan de intervenciones se diseñó con el objetivo de que la lactante iniciara con terapia de lenguaje. Se proporcionó a los cuidadores un programa de ejercicios y la aplicación de nuevas actividades en el hogar para lograr un avance en el área de lenguaje. En los seguimientos posteriores se pudo identificar que la lactante formula frases de 3 palabras como "quiero comer pollo", "vamos a jugar"; la actitud del cuidador primario hacia K.R. se modificó a la utilización de lenguaje propio para la edad de su hija (dejó de utilizar diminutivos para nombrar a los objetos y personas). De nivel de dependencia 5 disminuyó a 4.



NECESIDAD: Creencias y Valores

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 5, por algunas semanas-

TIPO DE PRIORIDAD: Alta

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Voluntad

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Dependencia en la necesidad de creencias (madre) relacionado con falta de voluntad para no poder realizar los ritos correspondientes a su religión (testigo de Jehová) manifestado por aceptar los procedimientos que se realizan en contra de su ideología y voluntad.

OBJETIVO: Se proporcionará al cuidador primario (madre) la facilidad en tiempo y espacio para que pueda expresar su sentir en cuanto a los procedimientos realizados a su hija reiterando siempre el respeto hacia sus creencias durante su estancia hospitalaria y en próximas citas.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración focalizada de la necesidad de Creencias y Valores.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <p>Realizar una entrevista al cuidador primario (madre) para la obtención de los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuáles son sus creencias - Cuáles son los valores con los que se identifica. - Religión que profesa. - Cuáles son las prácticas religiosas que le gustaría que se respetarán. - Posibles conflictos que puedan existir entre las creencias espirituales y/o 	<p>El profesional de Enfermería no solo proporciona cuidados al cuerpo físico y la mente, sino también al espíritu del paciente.</p> <p>Realizar la valoración de creencias y valores nos permite identificar las necesidades espirituales del individuo. Conocer las necesidades espirituales del paciente puede disminuir el sufrimiento y favorecer la curación física y mental. (Kozier, 2007)</p>



<p>religiosas y los tratamientos terapéuticos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Concepto que tiene de la enfermedad de su hija.- Concepto de la fe, esperanza y temores acerca de la enfermedad en su hija.- Percepción de la familia como fortaleza o debilidad.-Concepto que tiene de la felicidad.-Concepto que tiene del sufrimiento.Concepto que tiene de la muerte.	
---	--



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. El profesional de Enfermería conocerá los datos relevantes de la religión Testigo de Jehová que puedan interferir en el ejercicio del tratamiento de la lactante mayor.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Los testigos de Jehová aceptan atención médica y pueden tomar cualquier medicamento. Aunque se cuidan lo mejor posible.▪ Los Testigos rechazan aquellos tratamientos que violan sus principios bíblicos: no aceptan transfusiones sanguíneas.▪ La gran mayoría de los tratamientos médicos no son objetables desde el punto de vista bíblico, así que cada Testigo debe tomar su propia decisión. Puede que uno opte por un tratamiento o medicamento que otro tal vez rechazaría.	<p>El conocer las actividades religiosas, espirituales, etc. permitirá al profesional de Enfermería apoyar al paciente y su familia en esta necesidad , facilitará la comprensión de dichas actividades las cuales promoverán el bienestar espiritual que a menudo se altera ante la presencia de enfermedad. (Kozier 2005)</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Identificar y ser sensibles ante las necesidades espirituales del cuidador primario (madre) que interfieran en su bienestar espiritual.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Las necesidades que pueden verse afectadas son:<ul style="list-style-type: none">- Necesidad de amor- Necesidad de esperanza- Necesidad de confianza- Necesidad de perdón- Necesidad de ser valorado y respetado- Necesidad de dignidad- Necesidad de dar un sentido a la vida.- Necesidad de valores- Necesidad de creatividad- Necesidad de conectar con un Dios o un poder Superior, o un Ser mayor que uno mismo.- Necesidad de pertenecer a una comunidad.	<p>Puesto que todo el mundo posee una dimensión espiritual, el paciente y su familia tienen necesidades que reflejan su espiritualidad. A menudo, esas necesidades se plantean a causa de una enfermedad u otra crisis de salud. Los pacientes y sus familias que tienen creencias espirituales bien definidas pueden darse cuenta de que sus creencias están siendo desafiadas por la situación de enfermedad. Los profesionales de enfermería tienen que ser sensibles a las indicaciones de las necesidades espirituales del paciente y su familia. (Kozier 2007)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Proporcionar apoyo y los medios para que la mamá obtenga bienestar espiritual.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Invitar al cuidador primario (madre) a que exprese su sentir, preocupaciones y/o comentarios con respecto a la enfermedad, procedimientos realizados y evolución de su hija.▪ No analizar o emitir opiniones de las creencias religiosas de la madre a menos que ella lo solicite.▪ Animarla a que asista a las actividades propias de su religión.▪ Permitirle que tenga en la unidad hospitalaria los objetos propios de sus creencias.▪ Proporcionar tiempo y privacidad además de un ambiente agradable para que realice las actividades y/o ritos propios de su religión.▪ Prestar atención e interés en los comentarios y sentimientos del cuidador primario.	<p>La salud espiritual o bienestar espiritual se manifiesta por una sensación de estar “en términos generales, vivo, decidido y satisfecho”. Según Pilch (1988), el bienestar espiritual es un “modo de vivir”, un estilo de vida que ve y vive la vida con resolución y agrado, que busca opciones de enriquecimiento y sustento vital que se pueden escoger libremente en cada momento, y hunde sus raíces en lo más profundo de sus valores espirituales y creencias religiosas. (Kozier, 2007)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Brindar apoyo a para la fortalecer los valores del cuidador primario (mamá).</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Crear una atmosfera agradable para conversar y escucharla sin emitir juicios de valor.▪ Hacerle saber que se apoyarán y respetarán sus decisiones y que si así lo desea se le brindarán consejos y opciones sobre lo que respecta al tratamiento de su hija.▪ Investigar que significan para ella la: generosidad, respeto, comunicación, obediencia, responsabilidad, amor, sinceridad, honestidad; si es necesario aclarar el significado o fortalecer estos valores.▪ Recordarle siempre que sea indispensable que, el rol de madre lo está cumpliendo satisfactoriamente y que todas las decisiones que tome serán las mejores.	<p>Se debe de conocer que valores tienen las personas ya que los valores son todas las cosas que proveen a las personas a defender y crecer en su dignidad. Los valores son desarrollados y perfeccionados por cada persona a través de su experiencia.</p> <p>Por lo general los valores perfeccionan al hombre, en cuanto a las acciones buenas que realice, como: vivir de manera honesta, ser sincero, y ser bondadoso, entre otras.</p> <p>Estos valores deben determinar sus prioridades y en el fondo son las bases que utiliza para saber si el camino que está siguiendo es el correcto. (Martinelli, 2004)</p>



EVALUACIÓN

Se proporcionó a la madre de K.R. apoyo para fortalecer los valores, se brindó tiempo y espacio para expresar su sentir al haber permitido procedimientos que van en contra de sus creencias religiosas, manifestó estar convencida de que las decisiones que tomó con respecto al tratamiento y procedimientos realizados a su hija fueron “lo mejor” y confía en que “será perdonada” ya que estos eran necesarios aunque no estuviera totalmente convencida, aunque aclara que en caso de requerirse nuevamente transfusiones sanguíneas no lo permitirá, con anterior se demuestra que el sufrimiento espiritual continúa por sentimiento de culpa al haber aceptado procedimientos que van en contra de sus creencias religiosas. De nivel de dependencia se mantuvo en 5.



NECESIDAD: Realización

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 4 por algunos días.

TIPO DE PRIORIDAD: Media

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Temor de los cuidadores primarios relacionado con la falta de conocimientos sobre el cuidado a realizar en el hogar manifestado por la verbalización de los padres de sentimientos de angustia y preocupación.

OBJETIVO: Brindar información a los cuidadores primarios mediante un tríptico el cual contendrá los cuidados a realizar en el hogar durante la estancia hospitalaria de su hija.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la necesidad de realización en el cuidador primario.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario para la obtención de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la dinámica familiar a partir de la enfermedad de su hija. - Aspiraciones que tienen a partir del trasplante. - Temores, preocupaciones con respecto a la salud de su hija. - Facilidad de su hija para relacionarse e interactuar con otras personas (niños o adultos). 	<p>Realizarse es una necesidad para todo individuo; éste 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 permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La realización de acciones proporciona un sentimiento de gratificación. (Riopelle, 1993).</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Proporcionar información detallada a los cuidadores primarios de los medicamentos anti – rechazo que la lactante deberá tomar.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Administrar los siguientes medicamentos en las dosis y horarios indicados:- TACROLIMUS: 1.5 mg cada 12 horas vía oral a las 8 am y 8 pm. - MICOFENOLATO MOFETIL: 250 mg a las 8 am y 125 mg a las 8 pm vía oral.	<p>Disponer de información acerca de la importancia y acción de los medicamentos favorece el cumplimiento del régimen terapéutico por parte de los padres. (Morgan, 1993)</p> <p>El tacrolimus se utiliza para prevenir o tratar el rechazo después del trasplante de riñón. Previene el rechazo inhibiendo las células en el sistema inmunológico que causan el rechazo.</p> <p>El micofenolato se utiliza para ayudar a prevenir o tratar rechazo del órgano en pacientes trasplantados. Se usa en combinación con el tacrolimus y la prednisona.</p> <p>Los efectos secundarios pueden incluir náusea, irritación de estómago, vómito y diarrea. Los efectos secundarios pueden disminuir al pasar el tiempo o resolverse</p>



	usualmente se desarrolla en la boca y garganta (afta), el área de la vagina o sobre la piel.
--	--

INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Informar a los cuidadores primarios el concepto de rechazo, los signos, síntomas y tratamiento.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar a los cuidadores primarios a identificar los síntomas del rechazo: <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre de más de 38°C - Aumento de los análisis de la función renal (BUN y creatinina) - Disminución del volumen de orina - Dolor sobre el injerto - Hinchazón de las manos, párpados o de los pies. - Aumento de peso (1-2 kg) en 24 horas 	<p>La información proporcionada a los padres les permitirá detectar de forma precoz un rechazo del injerto lo cual asegurará una intervención inmediata por parte del equipo de salud. (Morgan, 1993)</p> <p>El sistema inmunológico del cuerpo está diseñado para buscar y destruir cuerpos extraños que se encuentren en él, como el virus de un resfriado, el virus de la gripe o el órgano trasplantado. El proceso de destruir el cuerpo extraño, el órgano trasplantado, se llama rechazo. El rechazo ocurre cuando el sistema inmunológico del cuerpo responde a la presencia del riñón</p>



<ul style="list-style-type: none">▪ Explicar al cuidador primario la importancia del tratamiento posible ante los datos del rechazo.- El rechazo no significa que se perderá el riñón,- El diagnóstico y el tratamiento tempranos son muy importantes para evitar las complicaciones.	<p>trasplantado. En realidad, el rechazo demuestra que el sistema inmunológico está funcionando. Sin embargo, en los pacientes trasplantados, esta respuesta inmunológica necesita ser suprimida para proteger el riñón trasplantado. Existen varios tipos de rechazo de riñón. Estos tipos se describen por la clase de células que causan el rechazo, cuándo ocurre el rechazo y por la gravedad del rechazo.</p> <p>El rechazo leve a moderado es tratado aumentando la inmunosupresión. La cantidad y/o frecuencia de sus medicamentos anti-rechazo usualmente están incrementadas. (Manual para el trasplante de riñón, 2007)</p>
--	--



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Informar a los cuidadores primarios acerca de los riesgos de infección en el hogar y las medidas para evitarla.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ El cuidador primario debe realizar lavado de manos estricto:<ul style="list-style-type: none">- Antes de preparar los medicamentos, la comida.- Después de ir al baño,- Después de realizar cambio de pañal.▪ Evitar contacto con:<ul style="list-style-type: none">- Personas enfermas de gripe o resfriado o cualquier enfermedad infecto contagiosa.▪ Evitar acudir a lugares concurridos.▪ Al salir a la calle utilizar la lactante utilizara doble cubrebocas.▪ No compartir utensilios para comer (vasos, cucharas) y objetos personales (cepillo de dientes) de la lactante.▪ Si tienen mascotas en el hogar asegurarse de que se encuentren saludables. Evitar la convivencia con reptiles, hámster, tortugas, conejos y aves.▪ Los pacientes trasplantados no pueden recibir inmunizaciones que contengan una vacuna viva como lo son: Polio Oral (SABIN), Sarampión, Paperas y Rubeola, vacuna contra varicela.	<p>Los pacientes trasplantados de riñón requieren medicamentos anti-rechazo para suprimir su sistema inmunológico para que el trasplante de riñón no sea rechazado.</p> <p>Debido a que el sistema inmunológico está suprimido por estos medicamentos, los trasplantados están siempre bajo riesgo de infección. Este riesgo es el más alto en los primeros 3 a 6 meses después del trasplante. Las infecciones también pueden ocurrir cuando los niveles más altos de inmunosupresión son necesarios para tratar el rechazo. (Manual para el trasplante de riñón, 2007)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Revisar con los cuidadores primarios las siguientes recomendaciones para asegurar la comprensión adecuada de los cuidados que la lactante recibirá en el hogar.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Conocer y entender los signos y síntomas del rechazo de riñón.▪ Administrar todos los medicamentos siempre a la misma hora como los han indicado.▪ Asegurarse de tener siempre un suministro de medicamentos suficientes de forma que no se omita alguna dosis por carecer de él.▪ Mantener contacto regular con el médico nefrólogo.▪ Realizar los análisis de sangre como se indique.▪ Dar seguimiento a los resultados de análisis de sangre con el médico nefrólogo.▪ Acudir puntualmente a las citas de control.▪ Acudir inmediatamente al hospital ante cualquier si se sospecha de algún cambio anormal.	<p>Disponer de información favorece el cumplimiento del régimen terapéutico. Conocer las posibles complicaciones, efectos adversos, etc. permite a los padres actuar de forma inmediata, solicitar ayuda y atención médica cuando lo crean necesario. (Morgan, 1993)</p>



EVALUACIÓN

Se brindó información a los cuidadores primarios mediante un tríptico el cual contenía los cuidados específicos a realizar en el hogar como: qué esperar después del trasplante, la responsabilidad de conocer todos los medicamentos que K.R. toma, la importancia de no omitir dosis y respetar los horarios, la importancia de extremar las medidas de higiene y evitar el contacto con personas enfermas e identificar signos de alarma. Con los conocimientos adquiridos los cuidadores manifestaron de forma verbal que el temor disminuyó y podrán participar en el cuidado de su hija de forma responsable y capaz. De nivel de dependencia 4 disminuyó a 2.



NECESIDAD: Aprendizaje

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 5, por algunos días.

TIPO DE PRIORIDAD: Media

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Voluntad

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración en la necesidad de aprendizaje del cuidador primario relacionado con falta de conocimientos sobre los hitos del desarrollo manifestado por valoración de la lactante en la Escala Denver: Área motora 9.5 meses, motor fino-adaptativo 15 meses, lenguaje 14 meses, personal social 12 meses para una edad de 2 años 7/12 meses (No dice su nombre, no señala su edad).

OBJETIVO: El cuidador primario mejorará su aprendizaje sobre los hitos del desarrollo mediante un programa de terapia de estimulación temprana dirigido a la lactante por medio de intervenciones especializadas en colaboración del profesional de terapia de rehabilitación durante su estancia hospitalaria y que pueda continuar en el hogar.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la necesidad de aprendizaje.</p> <p align="center">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario para la obtención de los siguientes datos: - Juegos preferidos de la lactante. - Juguetes con los que dispone y cuáles son sus preferidos. 	<p>Realizar la valoración de aprendizaje permite identificar al niño con retraso madurativo, presenta su déficit de forma generalizada en todo su desarrollo o en un área completa de éste al no permitir el ingreso a su área evolutiva posterior o retrasándolo notablemente.</p> <p>Estos parámetros sirven para que los padres a través del conocimiento, estén atentos al desarrollo evolutivo de su hijo y puedan estimularle.(Narvarte 2012)</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



<ul style="list-style-type: none">- Personas con las que le gusta jugar.- Participación en el juego en grupo.▪ Realizar exploración física de:<ul style="list-style-type: none">- Órganos de los sentidos.- Pares craneales- Actitud ante el juego y la interacción con individuos de su edad.	
--	--



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Diseñar un plan de estimulación en el área de aprendizaje en colaboración con el profesional de rehabilitación.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ El plan de estimulación incluirá las área del desarrollo madurativo:<ul style="list-style-type: none">- Intelecto – cognitiva- Motricidad fina y gruesa- Área social y de la conducta,▪ Dar a conocer al cuidador primario el objetivo del plan de estimulación e incluirlo durante el proceso.▪ Brindar información a los cuidadores primarios acerca de los hitos del desarrollo y la edad en la que se encuentra su hija según la escala de Denver.	<p>El diseño del plan de estimulación en el área de aprendizaje permite al niño enfermo la posibilidad de recuperación de áreas desfasadas o alteradas.</p> <p>Realizar las intervenciones terapéuticas adecuadas en el niño con problemas o en el niño con riesgo permite estabilizar el desarrollo madurativo. (Narvarte 2012).</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Realizar las siguientes actividades con la lactante y en colaboración con el cuidador primario para fortalecer el ÁREA MOTORA.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Con bloques de madera enseñarle a edificar torres.▪ Enseñarle a meter palitos en una botella de plástico.▪ Armar un camino con sillas para que la lactante se apoye en ellas y camine procurando dejar parte del camino de forma estrecha para que se sienta segura.▪ Conforme la lactante adquiera seguridad, iremos separando las sillas de forma tal que al final del camino la lactante no llegue con sólo estirarse sino que tenga que avanzar “hacer un solito”.▪ Llenar vasitos y/o recipientes de diferentes tamaños con pasto, pétalos, arena, piedras, palillos, etc. para que empiece a diferenciar formas, tamaños y texturas.	<p>Las actividades de motricidad se dividen en motora y fina:</p> <p>La motricidad fina: se refiere a las acciones que implican pequeños grupos musculares de la cara, manos y pies, concretamente a las palmas de las manos, los ojos, los dedos y músculos que rodean la boca. Es la coordinación entre lo que el ojo ve y las manos tocan. Estos músculos son los que posibilitan: la coordinación ojo – mano.</p> <p>La motricidad gruesa: es aquella relativa a todas las acciones que implican grandes grupos musculares, en general, se refiere a los movimientos de partes grandes del cuerpo del niño o de todo el cuerpo, incluye movimientos musculares de piernas, brazos, cabeza, abdomen y espalda. La motricidad gruesa abarca las habilidades de los niños para moverse, desplazarse, explorar, conocer el mundo y experimentar con todos los sentidos. (educacionpsicomotriz3.jimdo.com/)</p>



<ul style="list-style-type: none">▪ Moldear masa o plastilina, ofrecerle un cuchillo de plástico para que la corte.▪ Enseñarle a pinchar con un tenedor bolitas de unicel, que para cuando la lactante lo requiera utilizara la otra mano como ayuda.▪ Si es posible, podemos jugar con agua, ofrecerle diversos vasos, recipientes pequeños para pasar el agua de un recipiente a otro.▪ Proporcionarle bloques más grandes que le permitan practicar los movimientos de coordinación de ambas manos y de prensión.▪ Bajo supervisión dejarle que trepe montañitas o terrenos disperejos.▪ Con una caja o cesto grande enseñarle a arrojar pelotas o aros a una corta distancia.▪ Proporcionale hojas de papel y crayones no tóxicos para que realice trazos.▪ Proporcionarle pintura y enseñarle a pintar usando un dedo.▪ Cuando la lactante aprenda a	
---	--



<p>caminar, tomarla de la mano y caminar o correr al ritmo de la música, al parar la música detenernos, este ejercicio fortalecerá la coordinación del movimiento.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hacer agujeros grandes en cartones cuyo diámetro permita a la lactante pasar a través de él bajo supervisión.▪ Proporcionar objetos pequeños que estimularan la motricidad fina donde predominan los movimientos de los dedos.	
--	--



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Realizar las siguientes actividades en colaboración con el cuidador primario para fortalecer el ÁREA INTELLECTO – COGNITIVA:</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizando una caja con dos ranuras (una grande y otra estrecha) enseñarle a que introduzca diferentes objetos, seleccionado el adecuado a cada ranura. ▪ Conforme el progreso sea notorio, proporcionarle cajas con ranuras de diferentes formas (circulo, cuadrado, triangulo, estrella, etc.) y proporcionarle objetos de esas formas para que intente introducirlas por las ranuras. ▪ Realizar actividades de apareamiento. Para esto necesitaremos dos figuras iguales: 2 perros, 2 aves, 2 autos, 2 niños, 2 círculos, 2 cuadrado, etc. A medida que la lactante interprete la consigna y el juego iremos agregando figuras. 	<p>La Estimulación Cognitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias)</p> <p>A través del fortalecimiento del área cognitiva en niños y niñas se estimulan y mejoraran los procesos básicos de aprendizaje.</p> <p>La estimulación cognitiva se puede desarrollar tanto en el aprendizaje formal (aprendizajes que el niño/a adquiere en el colegio, aprendizaje instructivo, autodidáctico-académico) y con el aprendizaje no formal. (pedagogiamaslogopedia)</p>



<ul style="list-style-type: none">▪ Proporcionar rompecabezas de 2 ó 3 piezas solamente. (La imagen del rompecabezas debe estar bien definida y preferentemente no debe tener otra imagen que la distraiga).▪ Las imágenes que se sugieren para el rompecabezas son: niña – niño, mamá, papá, perro, auto, camión, gato, casa.▪ Trabajar con el esquema corporal, con las distintas partes del cuerpo coordinadas con movimientos: Levantar las manos, saltar, abrir la boca. Tocarse el pelo, etc.▪ Practicar el abrir y cerrar cierres.▪ Leerle un cuento, mostrarle imágenes conocidas para mantener activa la atención de la lactante.▪ Trabajar las nociones y acciones a través del cuerpo.<ul style="list-style-type: none">- Arriba – abajo- Adentro – afuera- Abrir – cerrar- Dame – toma- Llevar – traer- Poner - sacar	
---	--



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Realizar las siguientes actividades con la lactante y en colaboración con el cuidador primario para fortalecer el AREA SOCIAL Y DE LA CONDUCTA:</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Establecer el desarrollo del juego con uno o dos niños más (no forzándola) proponiéndoles que intenten tomar una pelota.▪ Reforzar hábitos como saludar al entrar y al salir, limpiarse la nariz, guardar los juguetes, comer usando los cubiertos (cuchara y tenedor).▪ Cuando se encuentre en compañía de 2 o 3 niños juntos, ofrecerles juguetes que les permitan representar la vida cotidiana: cocinita, platos, cubiertos, carrito de las compras, teléfono, lápiz, papel, muñecas, etc. Mientras usan estos juguetes la lactante ira interactuando con los demás niños.▪ Conforme la lactante vaya adquiriendo autonomía, permitir	<p>Las actividades de integración con otros niños, principalmente de su edad, son fundamentales para el desarrollo social y de conducta, ya que vivencia situaciones muy distintas a las del ámbito familiar. Las acciones deben motivar al niño para que se maneje solo, no forzarlo a hacer un juego de a dos sino dejarlo simplemente en interacción y que los mismos niños establezcan sus contactos y vínculos. (Narvarte 2012)</p>



<p>que se desapegue; pero cada vez que se acerque a algo peligroso, mostrarle el riesgo y marcarle la prohibición.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ En actividades del hogar, dar lugar y participación como por ejemplo:<ul style="list-style-type: none">- “Vamos a guardar la ropa”- “Pon los vasos sobre la mesa”- “Guarda los juguetes”▪ Colaborar con la integración de la lactante con otros grupos ya que empezará a desprenderse poco a poco.	
--	--

EVALUACIÓN

Se proporcionó al cuidador primario información sobre los hitos del desarrollo y la importancia de que su hija los cumpla con respecto a su edad. Se brindó un programa de estimulación para realizar en el hogar con el fin de adquirir conocimientos propios de su etapa de crecimiento y desarrollo. El cuidador primario comprendió la importancia de cubrir la necesidad de aprendizaje y continúa participando activamente en el proceso. En los posteriores seguimientos (junio 2016) se pudo identificar que la lactante dice su nombre, el de sus padres y abuelos y señala su edad con los dedos.



NECESIDAD: Recreación

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 4 por algunos días.

TIPO DE PRIORIDAD: Media

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Voluntad

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Dependencia en la necesidad de recreación relacionada con falta de conocimientos de los cuidadores para proporcionar actividades y objetos lúdicos de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo manifestado por conducta retraída, ansiedad e irritabilidad de la lactante.

OBJETIVO: Proporcionar capacitación y orientación a los cuidadores primarios orientada a la terapia lúdica por medio de intervenciones especializadas en colaboración con el profesional en terapia de rehabilitación y con la participación de los cuidadores primarios durante su estancia hospitalaria y que pueda continuar en el hogar.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la necesidad de Recreación.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario para la obtención de los siguientes datos: ▪ Significado del juego ▪ Cuenta con objetos lúdicos en el hogar ▪ Personas con las que la lactante juega. ▪ Objetos preferidos para jugar ▪ Actividades lúdicas preferidas ▪ Capacidad de interactuar con grupos de su edad u otras personas en el proceso del juego. ▪ Realizar inspección de: 	<p>Realizar la valoración de los niños de 2 a 4 años son más susceptibles a la ansiedad que se produce durante la hospitalización debido a su nivel de desarrollo carecen de sofisticación cognoscitiva para comprender su enfermedad y la hospitalización resultante, así como de la madurez necesaria para la separación; se rehúsan a jugar y se aferran a sus madres. (Logo O. 2014)</p>



<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de objetos lúdicos en la unidad hospitalaria. - Actitud de la lactante ante la actividad de juego. - Participación del cuidador primario en el juego. 	
---	--

INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Elaborar un programa de Terapia de Juego Estructurado y No estructurado en conjunto con terapia de rehabilitación para la lactante:</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los juegos programados desarrollarán: - La autoafirmación: Descubrimiento de su propio ser, de sus posibilidades, identifica partes de su cuerpo, menciona su nombre y el de los demás. - El inicio del lenguaje por medio de canciones va a permitir al niño un mayor acercamiento al adulto y ambos participan en juegos vocales que implican 	<p>El juego estructurado: Es aquel que tiene normas y formas determinadas de jugar, por medio de este juego aprenden a respetar normas, compartir experiencias, colaborar con otras personas, aprender a perder y a equivocarse.</p> <p>El juego No estructurado: Es aquel en que los participantes imponen las reglas donde crean sus propias normas, imaginan, construyen y aprenden divirtiéndose, estimula frecuentemente el cerebro y fomenta la creatividad, el interés es mayor, sobre todo cuando juegan en grupo, dan vida a los objetos y facilitan la comunicación.</p>



<p>intercambios afectivos a través del contacto, gestos y expresiones.</p> <ul style="list-style-type: none">- El juego simbólico: Los juegos más característicos de este tipo son los de construcciones y destrucciones (armar rompecabezas, apilar bloques) Estos juegos simbólicos también son de imitación se relacionan con el medio familiar y social que rodea por medio el relato de historias y cuentos utilizando títeres, marionetas, muñecos, etc.	
--	--



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Propiciar la participación y colaboración del cuidador primario en la terapia de juego.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Facilitar la inclusión de los cuidadores primarios en todas las actividades de juego.▪ Dar a conocer a los cuidadores primarios la terapia de juego y los beneficios que proporciona tales como:<ul style="list-style-type: none">- Reír y disfrutar con el consiguiente efecto positivo sobre el sistema inmunológico.- Evitar el aburrimiento.- Aprovechar las capacidades de su hija para el juego como terapia contra la enfermedad.- Permitir que Kimberly exteriorice sus sentimientos y dé salida a sus miedos y angustias.- Permitir la participación de su hija en actividades familiares o grupales que le permitan una relación social normal.	<p>La participación durante el juego mitiga la ansiedad del niño y la de los padres. Los padres tienen la oportunidad para ampliar sus conocimientos y desarrollar habilidades en áreas nuevas (en el juego, de cuidado, imitación, elogio). Propicia el aprendizaje de habilidades preventivas. (Logo O. 2014)</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Proporcionar a la lactante “Terapia de juego” para el niño hospitalizado.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Proporcionar un espacio para salón de juegos:<ul style="list-style-type: none">- Lo ideal es tener un cuarto, solo para el programa de juegos.▪ Los juguetes deben incluir:<ul style="list-style-type: none">- Varios instrumentos del equipo del hospital, como: Jeringas de juguete, estetoscopios, lámparas de juguete, batas blancas, cubre bocas y títeres.- Juegos psicomotores, desde juegos sencillos de manipulación, mesas de actividad, caminadores o arrastres hasta juegos que les permita liberar la tensión que produce la hospitalización (saltar, golpear, etc.).- Juegos de construcción, priorizándose juegos sencillos y motivadores y evitando juegos complejos que debido al cansancio les resulten frustrantes. Deberemos, asimismo, poner atención al tamaño de las piezas y tener en cuenta si podemos jugar o no en una superficie irregular como es la cama.	<p>La terapia de juego para niños hospitalizados está enfocada a la reducción de tensión y ansiedad, en conjunto con la promoción del desarrollo óptimo de los niños, adolescentes y familiares, manteniendo patrones normales de vida y reducir los traumas psicológicos. (Logo O. 2014)</p>



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contar con disponibilidad durante todo el día para el ingreso al área de juego o la accesibilidad a los artículos lúdicos de la paciente. ▪ Permitir a la lactante que toque los juguetes, mostrarle cómo funcionan y explicarle para que sirvan de forma que se pueda familiarizarse con ellos. 	
---	--

<p align="center">INTERVENCIÓN (Interdependiente)</p>	<p align="center">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>5. Proporcionar a la lactante juguetes apropiados para su edad.</p> <p align="center">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Juguetes que desarrollen la motricidad gruesa: <ul style="list-style-type: none"> - Triciclos con pedales. - Objetos para arrojar, cargar y descargar. - Carros, caballos y todo tipo de juguetes que tengan movimiento. - Juguetes para el agua. - Palas y cubos ▪ Juguetes que desarrollen la Motricidad fina: <ul style="list-style-type: none"> - Construcciones grandes y ligeras - Puzzles (hasta 8 piezas) 	<p>Proporcionar objetos de juego adecuados para la edad supondrá un reto suficiente para motivarle. Si los juguetes no corresponden a su edad y se tornan difíciles le provocarán sentimiento de fracaso y desinterés por el juego. (Kozier 2007) (educacioninicial.com)</p>



<ul style="list-style-type: none">- Encajes de formas- Tijeras de punta redonda.- Vasos que encajan unos en otros- Pizarrón y marcadores para dibujar- Cuentos fáciles de manejar con ilustraciones grandes.- Pintura de dedos, brochas, hojas blancas.▪ Juguetes que desarrollen la expresión:<ul style="list-style-type: none">- Claves, sonajas, panderos, etc.	
--	--

EVALUACIÓN

Las intervenciones aplicadas a la necesidad de recreación fueron dirigidas brindar orientación a los cuidadores primarios la importancia del juego en su hija, se elaboró un programa de juego estructurado y no estructurado durante la estancia hospitalaria de la lactante con lo cual logró interactuar con el personal de salud, la madre de K.R. mostró interés y una participación activa en las actividades proporcionando objetos lúdicos e integrándose en el programa diseñado. En los posteriores seguimientos el cuidador primario refirió que la lactante podía ya integrarse en los juegos de grupo con personas de la familia. De nivel de dependencia 4 disminuyó a 2.



NECESIDAD: Termorregulación

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 3 por algunos días

TIPO DE PRIORIDAD: Media

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Riesgo de alteración en la necesidad de termorregulación relacionado con ambiente hospitalario caluroso.

OBJETIVO: Proporcionar a la lactante mayor un ambiente templado en el área hospitalaria por medio intervenciones en colaboración con el cuidador primario, favoreciendo así el confort de la paciente durante su estancia hospitalaria y en el hogar.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la necesidad de termorregulación.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario para la obtención de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento sobre las cifras normales de temperatura corporal. - Sensibilidad de la lactante a los cambios de temperatura. - Tipo de termómetro que utiliza en el hogar. - Medios que utiliza para disminuir la temperatura corporal en caso de fiebre. ▪ Realizar exploración física de: <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar la piel y uñas: Coloración (rosada, pálida, cianosis) - Palpar la piel (templada, fría, hipertérmica) 	<p>Realizar la valoración de la necesidad de termorregulación permite al profesional de Enfermería identificar si existe el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor corporal. Cuando la producción y la pérdida de calor se igualan el individuo se encuentra en equilibrio térmico. Cuando la temperatura sufre variaciones ocurren dos cambios importantes: hipo e hipertermia. (Kozier 2007)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Monitorizar los signos vitales cada 4 horas mientras la lactante se encuentre hospitalizada. (NIC 6680)</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Medir la presión arterial y temperatura axilar▪ Valorar la presencia y calidad de los pulsos valorando ritmo, frecuencia e intensidad de la paciente.▪ Valorar el ritmo y frecuencia del ritmo cardiaco.▪ Monitorizar el ritmo y la frecuencia respiratoria, observar si se producen respiraciones anormales (kussmaul)▪ Monitorizar la saturación.▪ Valorar el esfuerzo respiratorio.▪ Registrar los datos obtenidos en la hoja de enfermería.▪ Reportar alteraciones registradas al médico Nefrólogo.	<p>La monitorización permite detectar procesar y desplegar en forma continua los parámetros fisiológicos del paciente que puede verse alterados por el aumento de la temperatura corporal y causar posibles complicaciones. (Kozier 2005).</p>



INTERVENCIÓN (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Proporcionar a la lactante un ambiente libre de calor que le proporcione confort térmico.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Eliminar fuentes de calor que estén cerca de la lactante.- Apagar luz artificial innecesaria.- Cubrir las ventanas de la entrada de la luz solar.▪ Vestir a la lactante con ropa ligera▪ Quitar el exceso de ropa▪ Proporcionar el baño en el momento del día en que se sienta más calor.▪ Ofrecer líquidos para mantener hidratada a la lactante.	<p>El confort térmico es la satisfacción de un individuo en relación a las condiciones térmicas del ambiente. Depende de las percepciones individuales e influyen la actividad física, la ropa y las fluctuaciones de las características del ambiente térmico. La situación de disconfort térmico puede repercutir en la seguridad y salud de un individuo. (erga.conforttermico)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Enseñar al cuidador primario a identificar en la lactante los signos clínicos de fiebre.</p> <p>ACCIONES</p> <p>Los signos clínicos de fiebre cursan por tres etapas.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Inicio (fase fría o de escalofrío):<ul style="list-style-type: none">- Taquicardia- Temblores- Piel fría y pálida- Sensación de frío- Lechos ungueales cianóticos- Piloerección- Ausencia de sudoración▪ Curso:<ul style="list-style-type: none">- Ausencia de escalofríos- Piel caliente al tacto- Fotosensibilidad- Ojos vidriosos- Taquicardia y taquipnea- Polidipsia- Deshidratación leve a moderada- Somnolencia, agitación, delirio, convulsiones- Anorexia- Malestar general, debilidad, dolor muscular.▪ Defervescencia (descenso de la fiebre)<ul style="list-style-type: none">- Piel caliente- Sudoración- Disminución de los escalofríos.- Posible deshidratación	<p>Cuando la temperatura sobrepasa las cifras normales se activan mecanismos de vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. La frecuencia cardiaca aumenta 15 pulsaciones por grado centígrado, existen escalofríos, piel pálida y fría, lechos ungueales cianóticos, generados por una vasoconstricción. (Kozier 2007)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Explicar al cuidador primario las medidas de control de temperatura en caso de presentarla en el hogar.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <p>Tomar la temperatura corporal con termómetro digital. Si es igual o mayor a 37.9°C:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Mantener a su hija con la menor cantidad de ropa posible.▪ Mantenerla en un ambiente fresco y confortable▪ Evitar la exposición a las corrientes de aire▪ Restringir la actividad física▪ Ofrecer la mayor cantidad posible de líquidos.▪ Si es necesario, realizar baño con agua tibia.▪ Si la temperatura corporal persiste o aumenta acudir inmediatamente al hospital más cercano.	<p>Explicar al cuidador primario las medidas de control de temperatura le permitirá ofrecer a su hija el tratamiento indicado para la hipertermia el cual tiene como objetivo reducir los efectos perjudiciales de la alteración de la temperatura corporal.</p> <p>El control de la temperatura a través de medios físicos produce vasodilatación en la piel, y aumento del flujo sanguíneo disminuyendo la temperatura corporal.</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



EVALUACIÓN

Las intervenciones aplicadas en esta necesidad fueron dirigidas a proporcionar un confort térmico a la lactante la cual se encontraba en un ambiente hospitalario caluroso. Las acciones que pudieron ser aplicadas fueron las de eliminar fuentes de calor y luz artificial innecesaria, vestir a la lactante sin exceso de ropa y proporcionar líquidos pudieron llevarse a cabo sin limitaciones, en cuanto a proporcionar el baño en el momento del día que se sienta más calor no pudo llevarse a cabo debido a la rutina hospitalaria. La información proporcionada al cuidador primario para el mantenimiento de la termorregulación se realizó mediante una retroalimentación. Con las acciones anteriores el nivel de dependencia en 3 se disminuyó a 2.



NECESIDAD: Higiene y Protección de la piel
TIPO DE PRIORIDAD: Alta
NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Nivel 1
FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Conducta generadora de salud para mejorar el aseo en general de la lactante mayor por parte del cuidador primario.

OBJETIVO: Se reforzarán hábitos y medidas de higiene de la paciente dirigida al cuidador primario mediante información proporcionada para continuar manteniéndolos en independencia durante la estancia hospitalaria y en el hogar.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la necesidad de Higiene y Protección de tegumentos.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario para la obtención de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia y horario del baño - Uso de productos para hidratar la piel. - Frecuencia en el cambio de ropa (interior y exterior) - Frecuencia y técnica en el cepillado de dientes. - Frecuencia y condiciones en el lavado de manos. - Cuidados de las uñas (manos y pies) ▪ Realizar exploración física de: 	<p>La valoración de la necesidad de higiene y protección de tegumentos permite al profesional de Enfermería identificar los valores y costumbres individuales de cada persona así como la capacidad de autonomía y problemas actuales o previos para satisfacer esta necesidad. Los datos sobre la higiene y protección de tegumentos permiten a la enfermera para conocer las necesidades y preferencias del paciente e integrarlas dentro del plan asistencial. (Kozier, 2007)</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



<ul style="list-style-type: none">- Piel: Coloración, estado de hidratación, turgencia, olor.- Cabello: Limpieza, olor, peinado.- Cara: Narinas (limpieza, datos de descarga nasal) Boca: estado de piezas dentarias (movilidad, color, datos de caries, halitosis), lengua (coloración). Oídos (limpieza, datos de cerumen)- Uñas: Integridad, coloración, limpieza, tamaño.- Genitales: Limpieza, datos de eritema, secreción.	
--	--

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Reforzar en el cuidador primario la importancia y la técnica del baño en tina de la lactante.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir las siguientes recomendaciones: - Tratar de hacer que el baño sea un ritual, se recomienda bañarla alrededor de 1 hora después de haber ingerido alimentos. - Preferentemente el baño debe ser por la tarde-noche, ya que descansará mejor y esto ayudará a establecer hábitos de sueño. - Por ningún motivo la lactante deberá permanecer sola en la tina. - La habitación donde se realiza el baño debe ser libre de corrientes de aire. - La temperatura del agua deberá estar en 37°C. - Colocar los artículos necesarios para el baño cerca. (Jabón, shampoo, esponja, toalla) - Si el baño se realiza en tina realizar limpieza del área de pañal con toallas húmedas para evitar 	<p>El baño en tina o de inmersión tiene como objetivo favorecer el descanso y el relajamiento del paciente, así como mejorar su autoimagen favoreciendo el aspecto físico, elimina los malos olores y estimula la circulación.</p> <p>Con el baño se elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células muertas y algunas bacterias.</p> <p>El baño ofrece al profesional de enfermería y al cuidador primario la oportunidad para valorar el estado general de la piel. (Kozier, 2007)</p> <div style="text-align: center;">  </div>



ensuciar el agua.

PROCEDIMIENTO:

1. El baño iniciará con la cabeza, evitando que la espuma entre a los ojos.
2. Utilizar algodón para la limpieza de los ojos.
3. Enjuagar la cabeza verificando que no queden residuos de jabón.
4. Continuar el baño lavando perfectamente el cuello, tórax, brazos, abdomen y piernas.
5. En el área de los genitales utilizar algodón, separando los labios vaginales y enjuagar perfectamente.
6. Cambiar el algodón para el aseo de la región anal.
7. Al terminar enjuagar nuevamente el cuerpo y secar perfectamente.
8. Lubricar la piel con la crema habitual.

El aseo de la nariz se realizará humedeciendo cada fosa nasal con solución salina y posteriormente limpiar con un pañuelo.

El aseo de los oídos se realiza envolviendo el dedo índice con la toalla y únicamente limpiar el oído externo.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Reforzar en el cuidador primario la técnica de recorte y el cuidado de las uñas.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antes de empezar, lavarse muy bien las manos. - Tomar con firmeza la mano de la lactante, mantenerla abierta y sujetar el dedo de la uña que se va a cortar. Comenzar por el meñique. - Presionar la yema del dedo hacia abajo, de modo que sólo agarre la uña de la niña. De este modo, se corre menos riesgo de lastimar el dedo de la menor. - Seguir la línea natural de la uña para el corte y evitar hacerlo demasiado cerca de la punta del dedo. Si accidentalmente se lastima alguno de sus dedos, ejercer presión con una gasa estéril durante uno o dos minutos para detener el sangrado. Evitar ponerle una vendita adhesiva porque se facilita la sobreinfección de la herida. - Los extremos de la uña pueden redondearse con una lima (nunca utilizar la misma del adulto). <p>Para mantener limpias las uñas mojar las uñas con agua caliente, limpiar debajo de las uñas de la lactante con un palito.</p>	<p>El cuidado de las uñas es otro aspecto de la higiene personal, tiene ayuda a disminuir la contaminación, eliminar posibles focos de infección, mejorar el aspecto general del paciente, eliminar en forma temporal los microorganismos de las manos y las uñas largas proporciona comodidad al paciente, previene la aparición de lesiones a la piel y sobre todo fomenta buenos hábitos higiénicos. (Manual de protocolos y procedimientos de enfermería)</p> <div style="text-align: center;"> <p style="display: flex; justify-content: space-around;"> Corte Correcto Corte Incorrecto </p> </div>

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Promover y reforzar en los cuidadores primarios la técnica del lavado de manos.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar la importancia del lavado de manos y la técnica adecuada. - Mojarse las manos con agua. - Deposite en la palma de su mano jabón de preferencia antibacterial la cantidad suficiente. - Frótese las palmas de las manos entre sí. - Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa. - Frótese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados. - Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos. - Frótese con un movimiento de 	<p>Promover y realizar de forma adecuada el lavado de manos favorece una piel intacta, saludable y provee una excelente protección contra los microorganismos, sin embargo los microbios adquiridos de manera transitoria al tocar superficies contaminadas tienen un gran potencial para causar enfermedades, es aquí cuando el lavado de manos es de suma importancia. (OMS, 2010).</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>0 Mojese las manos.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>1 Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>2 Frótese las palmas de las manos entre sí.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>5 Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>6 Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación, y viceversa.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>8 Enjuáguese las manos.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>9 Seque las manos con una toalla de un solo uso.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>10 Utilice la toalla para cerrar el grifo.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>11 Sus manos son seguras.</p> </div> </div>

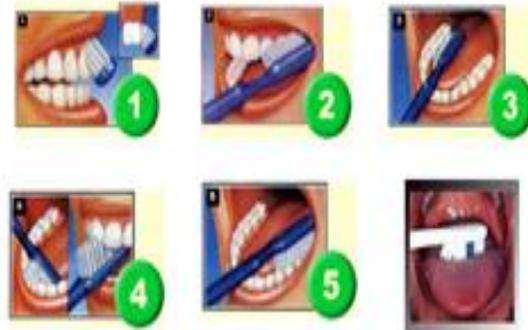


<p>rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.</p> <ul style="list-style-type: none">- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.- Enjuáguese las manos con agua.- Séquese las manos con una toalla limpia.- Cierre la llave del agua apoyándose de la toalla.	
---	--



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Dar a conocer al cuidador primario la importancia del cuidado de la boca y la técnica correcta de cepillado de dientes.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Dar a conocer al cuidador primario la importancia del cepillado de dientes- Recomendar el uso de cepillos dentales con cerdas blandas.- Cepillarse los dientes suavemente- Hacer enjuagues con agua bicarbonatada o con enjuague bucal después de cada cepillado, durante un minuto aproximadamente- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de secreciones en las membranas mucosas.- Promover la visita al dentista por lo menos dos veces al año.▪ Demostrar de forma gráfica la técnica siguiendo los siguientes pasos:<ol style="list-style-type: none">1. Cepille los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados.	<p>El promoción del cuidado de la boca, desde la infancia es fundamental para conservar en buenas condiciones, la dentadura, encías y boca, el cuidado dental es un hábito que se aprende desde la infancia y que perdura toda la vida, los dientes y encías bien cuidados ayudan a los niños a mantener una buena salud a nivel general, no solo dental, cuando los niños presentan caries, infecciones u otro tipo de enfermedad oral, los resultados pueden ser negativos, generando deficiencias en la nutrición, desarrollo del lenguaje, dolor y en muchas ocasiones problemas de autoestima.</p> <p>La promoción del autocuidado dental es la estrategia preventiva más usada para evitar este problema de caries y fomentar la salud primaria dental. (Molina 2015)</p>

2. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.
3. Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación.
4. Mantenga un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.
5. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.
6. Ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar





las bacterias que producen el mal aliento.	
--	--

EVALUACIÓN

Se proporcionó información al cuidador primario para reforzar los conocimientos sobre los cuidados que favorecen la higiene y protección de la piel en la lactante. Se realizó una retroalimentación para confirmar la información y la aclaración de dudas. Con lo anterior se mantuvo el nivel de dependencia en 1.



NECESIDAD: Vestido y desvestido

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 1.

TIPO DE PRIORIDAD: Media

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Disposición del cuidador primario para mejorar la necesidad de vestido y desvestido de la lactante manifestado por el uso de ropa de acuerdo a sexo, talla, edad y clima.

OBJETIVO: Proporcionar a los cuidadores primarios orientación, información y recomendaciones acerca del uso de la ropa adecuada para su hija por medio de intervenciones especializadas durante su hospitalización y que pueda continuar en el hogar.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar valoración de la necesidad de vestido/desvestido de la lactante.</p> <p align="center">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario para la obtención de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> - Persona encargada de la elección de la ropa de la lactante. - Accesibilidad a prendas de vestir. - Preferencias en la ropa. - Tipo de ropa con la que cuenta en el hospital y en el hogar. - Conocimiento de las prendas adecuadas para su hija. ▪ Realizar exploración física: <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar tipo de ropa, limpieza, estado, adecuada a sexo y talla. 	<p>Realizar la valoración de la necesidad de vestido y desvestido permite identificar si esta se encuentra satisfecha en cuanto a la toma de decisiones frente a la elección de la ropa adecuada y la capacidad de vestirse y desvestirse relacionada con el estado de salud y etapa de desarrollo y crecimiento del paciente. (Riopelle 1997)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Orientar al cuidador primario sobre la comodidad que debe ofrecer la ropa que debe usar su hija.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Utilizar ropa que le permita moverse y desplazarse.▪ Los enterizos son los diseños prácticos e ideales para los niños que inician a caminar.▪ La ropa debe ser sencilla de sacar y poner, para esto considera que no tenga muchos broches, cierres, ni complicados diseños.▪ Recordarle que deben tener en cuenta que especialmente en los primeros años, los niños crecen muy rápido, siempre es bueno adquirir ropa que pueda utilizar por varios o algunos meses.▪ Evitar el uso de vestidos largos, ya que puede tropezar.	<p>La utilización de ropa muy a su medida o ajustada hará más difícil la práctica espontánea y libre de destrezas motrices que el niño necesita desarrollar.</p> <p>(guianinfantil.com)</p> <div style="text-align: center;"></div>

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Orientar a los cuidadores primarios sobre el uso de la ropa adecuada de acuerdo a la temperatura ambiental o clima.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <p>En primavera - verano, la ropa ideal es aquella ligera, de algodón y sin mangas, de colores neutrales o claros que a la vez le brinde comodidad a la lactante.</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>En otoño - invierno, se recomienda ropa acolchada o con mangas, polares, enterizos de algodón con manga larga, gorros, bufandas y guantes.</p> <div style="text-align: center;"> </div>	<p>Es fundamental que la ropa de los niños se adapte a la nueva estación. Una recomendación general para acertar con la cantidad de ropa que deben usar es seguir nuestras propias sensaciones térmicas: ponerles ropa ligera y holgada cuando hace calor y tener disponible algún suéter por si refresca a las primeras o últimas horas del día.</p> <p>Las temperaturas invernales pueden exponer a los niños a enfermedades respiratorias. Prepararlos mediante el uso de ropa adecuada disminuye los riesgos de enfermar. (guiainfantil.com)</p>

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Orientar a los cuidadores primarios sobre las ventajas de usar ropa adecuada.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando la lactante participe activamente en el proceso de vestido y desvestido se logrará: <ul style="list-style-type: none"> - Una comunicación más fluida, gestual y verbal. - Armonía durante los momentos de cambiado. - Autonomía en el vestir, que aprendan porque les interesa a ellos vestirse. - Autoestima elevada ya que se siente capaz de colaborar - Alegría por los logros. - Participación en otras rutinas, como el baño, la alimentación, el sueño, etc. - Aprendizaje global de lo que lo rodea es estos momentos como: nombres de las prendas, colores, texturas, objetos involucrados, etc. 	<p>La ropa es otro medio más para estimular desde el principio la independencia y autoestima de los niños, ya que si se le permite participar activamente. (guianinfantil.com)</p> <div style="text-align: center;"> </div>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Orientar al cuidador primario sobre las características del calzado adecuado para la lactante.</p> <p>ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Los zapatos deben cumplir las siguientes características:- El zapato debe dejar libre la articulación del tobillo (subir y bajar el pie)- El zapato debe ser flexible. Debemos poder doblar la parte de delante de la suela fácilmente hacia arriba con la mano.- El tamaño del zapato debe ser lo bastante ancho y largo para que permita el movimiento de los dedos y que éstos no lleguen a tocar por delante el final del zapato por dentro. Dibujar y recortar en caso de duda el contorno del pie del niño en un cartón o papel y comprar luego un zapato en el que quepa bien esa silueta.- Los materiales deben ser lo más naturales posibles para que permitan la transpiración de los	<p>La elección de los zapatos es de gran importancia, como un factor más de salud. Los pies en crecimiento de los más pequeños de la familia requieren especial atención. La misión del calzado para niños y niñas que todavía no caminan es únicamente el abrigo, no la sujeción. Para los que ya caminan es indispensable también permitir el movimiento de las articulaciones del pie. Se deben respetar la fisiología, la biomecánica y en definitiva la lógica del cuerpo humano, sobre todo cuando no existen deformidades ni patologías que puedan explicar otro tipo de calzado correctivo.</p> <p>(uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/zapatos)</p>

pies: piel, cuero, corcho, algodón (lona), etc.

- El modelo más adecuado es un zapato que se adapte bien al pie, es decir con cordones o velcro en el empeine. Las chanclas, zuecos o marquesitas no son recomendables, entre otras cosas porque la percepción de que el zapato se sale a cada paso obliga a los dedos a un trabajo extra de “agarre” innecesario.
- A pesar de haber elegido un calzado correcto, no se debe olvidar que los zapatos son sólo para unas horas del día. En casa los pies deben estar todavía más libres: calcetín o similar sería suficiente (solamente para mantener calientes los pies).



EVALUACIÓN

Se proporcionó orientación y recomendaciones al cuidador primario para poder elegir de forma apropiada los artículos para vestir a su hija los cuales deben ofrecerle comodidad de acuerdo a su velocidad de crecimiento y al lugar y temporada del año. Con lo anterior se logró conseguir que el nivel de dependencia de mantenga en 1.



NECESIDAD: Oxigenación

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA:

Nivel 1.

TIPO DE PRIORIDAD: Media

FUENTE DE LA DIF: Conocimiento

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Conducta generadora en salud del cuidador primario para evitar enfermedades respiratorias en el hogar manifestado por la expresión verbal de la mamá de los cuidados que realiza y con el interés de conocer más acerca de ellos.

OBJETIVO: Proporcionar información específica a los cuidadores primarios acerca de los cuidados para evitar enfermedades respiratorias durante la estancia hospitalaria y en el hogar en su hija manteniendo así la necesidad de oxigenación en independencia.

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Realizar la valoración de la necesidad de Oxigenación de la lactante.</p> <p align="center">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar entrevista al cuidador primario para la obtención de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> - Puntuación de Apgar al nacimiento - Problemas de respiración al nacimiento. - Antecedentes y frecuencia de padecimientos de enfermedades respiratorias. - Antecedentes de hospitalización por enfermedades respiratorias o cardiovasculares. - Características de la vivienda. - Convivencia con fumadores en el hogar - Exposición a gases contaminantes 	<p>Valorar la necesidad de oxigenación permite identificar los tres trastornos que alteran la función respiratoria: Hipoxia, alteración de los patrones respiratorios y obstrucción total o parcial de las vías respiratorias. (Kozier, 2007).</p>



<p>ambientales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar exploración física de: <ul style="list-style-type: none"> - Piel: Observar coloración - Nariz: Observar permeabilidad, si existen datos de desviación, salida de secreciones. Palpar senos paranasales para evaluar presencia de dolor - Boca: Observar coloración de los labios, integridad y tamaño de las amígdalas - Tórax: Auscultar campos pulmonares (entrada y salida de aire) frecuencia respiratoria ritmo e intensidad y esfuerzo respiratorio, amplexión y amplexación, se auscultan focos cardiacos (aórtico, pulmonar, mitral y tricúspide.) ▪ Evaluación de llenado capilar. 	
--	--

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>2. Proporcionar al cuidador primario las medidas de prevención de enfermedades en la temporada invernal.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón. ▪ Aumentar la ingesta de líquidos. ▪ Consumir frutas ricas en vitamina C 	<p>Durante el invierno aumenta la posibilidad de contraer enfermedades respiratorias agudas como resfriados, influenza o bronquiolitis. La mayor parte de los casos evolucionan favorablemente en</p>



<ul style="list-style-type: none">▪ Utilizar ropa térmica, de algodón, manga larga, cubrebocas cuando sea necesario salir del hogar.▪ Cubrir la boca con pañuelos desechables en caso de toser o estornudar.▪ Desechar los pañuelos al cesto de basura inmediatamente después de usarlos.▪ Lavar las manos inmediatamente después de toser y/o estornudar.▪ Evitar el contacto de las manos con la cara.▪ Ventilar los ambientes y mantenerlos libres de humo.▪ Evitar compartir tazas y cucharas.▪ Si padece alguna enfermedad respiratoria evitar acudir a lugares concurridos.▪ Mantener limpios los picaportes, teléfonos, juguetes, etc.▪ Ante la presencia de algún síntoma de enfermedades respiratoria acudir inmediatamente el médico.▪ No automedicar.	<p>pocos días, pero en los niños estas enfermedades pueden complicarse. Las enfermedades respiratorias agudas se contagian por contacto directo con el virus cuando las personas enfermas no toman las precauciones necesarias.</p>
--	---

INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>3. Enseñar al cuidador primario a realizar fisioterapia pulmonar en caso de presentar alguna enfermedad que lo requiera.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> Mostrar al cuidador primario las posiciones para realizar la fisioterapia pulmonar las cuales favorecerán el drenaje gravitacional de las zonas afectadas. <ul style="list-style-type: none"> Mostrar al cuidador primario a realizar vibración torácica a la lactante con las palmas o las puntas de los dedos sobre la pared torácica sin despegarlas generando una vibración durante la espiración durante 10 minutos en las zonas afectadas. 	<p>La enseñanza a los padres de cómo realizar la fisioterapia pulmonar propicia su participación activa para favorecer la limpieza de las vías aéreas propiciando la adecuada ventilación pulmonar mediante la expansión torácica y la distensibilidad y la retracción de los pulmones de forma adecuada. (Kozier 2007).</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>4. Enseñar al cuidador primario a realizar el manejo de la tos en la lactante cuando esta lo requiera.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ayudar a la lactante a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas▪ Animar a la paciente a que realice varias respiraciones profundas y la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces seguidas.▪ Indicar a la menor a que inspire profundamente, se incline ligeramente hacia delante y realice tres o cuatro soplos (contra la glotis abierta)▪ Enseñar a la paciente a que inspire profundamente varias veces espire lentamente y a que tosa al final de la espiración.▪ Poner en práctica técnicas de apretar y soltar súbitamente la caja torácica lateral durante la fase de espiración de la maniobra de tos.▪ Indicar a la paciente a que siga tosiendo con varias inspiraciones máximas.	<p>La tos en la infancia es un síntoma frecuente que, en la mayoría de casos, se debe a infecciones respiratorias banales. Enseñar a los padres a manejarla de forma adecuada propiciará una intervención pronta y efectiva en el tratamiento de esta.</p> <p>La tos es un reflejo fisiológico complejo que consiste en una espiración violenta que pretende liberar secreciones, material extraño, vencer el broncoespasmo o subsanar patologías en la vía aérea para proteger el sistema respiratorio. (Lamas, 2013)</p>



INTERVENCIÓN (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>5. Proporcionar información al cuidador primario para que pueda identificar los signos de enfermedades respiratorias.</p> <p style="text-align: center;">ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ RESFRÍO: Representa la patología más recurrente durante esta época, por otro lado, un resfrío mal cuidado puede llevar a contraer enfermedades de mayor complejidad. Su duración es de tres a cinco días y provocan problemas como coriza (secreción habitualmente acuosa por las fosas nasales) al ser una inflamación superficial de estas. Los síntomas son:<ul style="list-style-type: none">- Congestión o secreción nasal.- Tos, estornudos y dolor de garganta.- Generalmente también pueden aparecer fiebre baja y dolores de cabeza. ▪ GRIPE O INFLUENZA: Duración de entre cinco a 10 días.<ul style="list-style-type: none">- Comparte muchos síntomas con el resfriado común,- Tiende a presentarlos de forma más intensa.- Congestión nasal y fiebre más alta- Tos seca que, con los días, puede ser acompañada de secreción.- Adicionalmente, puede aparecer fatiga y dolor muscular, lo que es un indicio de que el	<p>Proporcionar información a los padres o cuidadores primarios del niño le permitirá contar con los conocimientos necesarios para detectar signos y síntomas sugestivos de enfermedades respiratorias, de esta forma podrá cuidar, solicitar ayuda y atención médica cuando sea necesario asegurando la instauración de tratamiento inmediato para prevenir posibles complicaciones. (Morgan, 1993)</p>



<p>cuadro debe ser tratado.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dolor de cabeza. <ul style="list-style-type: none">▪ NEUMONÍA: Los síntomas son:<ul style="list-style-type: none">- Fiebre alta- Dolor de espalda- Tos con expectoración o secreción- Malestar general con presencia de dolores musculares- Ocasionalmente existe dolor de cabeza ▪ BRONQUITIS: Los síntomas son:<ul style="list-style-type: none">- Tos persistente con expectoración- Sensación febril o fiebre- Cansancio- Decaimiento- Dolor en el pecho e incluso dificultad para respirar ▪ Mencionar al cuidador primario que es muy importante que ante la presencia de cualquiera de los síntomas anterior debe acudir inmediatamente al hospital más cercano para recibir atención médica oportuna y evitar complicaciones.	<p>La neumonía es la infección que provoca mayor número de ingresos hospitalarios, y aunque su causa habitual son las bacterias, también virus como el de la gripe y el de la varicela pueden originar la enfermedad.</p> <p>La bronquitis es la inflamación de la pared interna de los bronquios. Los bronquios son los conductos por los que circula el aire para llegar a la parte más profunda del pulmón (zona alveolar), que es donde realmente se establece el intercambio de oxígeno entre el pulmón y la sangre.</p>
---	---



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



EVALUACIÓN

Se proporcionó información específica a los cuidadores primarios de los cuidados específicos para evitar enfermedades respiratorias en la lactante, se corroboró la comprensión de la información mediante retroalimentación de la misma. Mediante la ejecución de estas intervenciones se mantuvo el nivel de dependencia en 1.

2.6 PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: K.R.P.P

Edad: 2 años 7/12

Sexo: Femenino

Fecha de Ingreso: 04 de octubre del 2015

1. Orientación sobre actividades que la familia o tutor responsable del niño debe realizar (o el niño si es posible).

- El cuidador primario debe realizar lavado de manos estricto:
 - Antes de preparar los medicamentos, la comida.
 - Después de ir al baño,
 - Después de realizar cambio de pañal.
- Administrar los medicamentos en estricto horario sin omitir dosis.

2. Orientación dietética.

Dieta normal para la edad.

Ofrecer abundantes líquidos.

Evitar consumir alimentos que no sean preparados en el hogar.

3. Medicamentos indicados.

- Micofenolato 250 mg y 125 mg cada 12 horas.
- Tacrolimus 1.5 mg cada 12 horas.
- Prednisona 5 mg cada 24 horas.
- TMP/SMX 80/400 mg Lunes, miércoles y viernes.
- Valganciclovir 112 mg cada 12 horas.
- Nistatina 100,000 UI (1 gotero) cada 6 horas.

4. Registro de signos y síntomas de alarma (¿Qué hacer y a dónde acudir?).

Acudir de forma inmediata al servicio de urgencias del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” si presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Fiebre de más de 38°C
- Aumento de los niveles de creatinina
- Disminución del volumen de orina

- Dolor sobre la herida
- Hinchazón de las manos, párpados o de los pies.
- Aumento de peso (1-2 kg) en 24 hora

5. Cuidados especiales en el hogar.

- Evitar contacto con:
 - Personas enfermas de gripe o resfriado o cualquier enfermedad infecto contagiosa.
- Evitar acudir a lugares concurridos.
- Al salir a la calle utilizar la lactante utilizara doble cubrebocas.
- No compartir utensilios para comer (vasos, cucharas) y objetos personales (cepillo de dientes) de la lactante.
- Si tienen mascotas en el hogar asegurarse de que se encuentren saludables. Evitar la convivencia con reptiles, hámster, tortugas, conejos y aves.
- Los pacientes trasplantados no pueden recibir inmunizaciones que contengan una vacuna viva como lo son: Polio Oral (SABIN), Sarampión, Paperas y Rubeola, vacuna contra varicela.

6. Fecha de la próxima cita.

Cita cada semana los días martes por dos meses.

Cita cada 15 días los días jueves por 2 meses

Posteriormente cita cada mes.

7. Observaciones.

Se proporcionará tríptico informativo acerca de los cuidados en el hogar del paciente trasplantado.

III. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Se elaboró el estudio de caso en el Hospital Infantil de México aplicado a una lactante mayor con alteración en sus necesidades por Enfermedad Renal Crónico Terminal. Para la realización de este estudio de caso se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson.

El proceso de planeación dirigió la acción del profesional de Enfermería para asistir a la lactante en la resolución de los problemas identificados o para satisfacer las necesidades alteradas.

Los instrumentos utilizados para la etapa de valoración y diagnóstico fueron las valoraciones focalizadas, formato de valoración de necesidades en los menores de 0 a 5 años y consentimiento informado, los cuales fueron proporcionados por la coordinación de posgrado de la especialidad en Enfermería Infantil. Los anteriores instrumentos facilitaron el logro de los objetivos planteados al inicio de este trabajo.

Al finalizar la realización de este Estudio de Caso se concluye que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por el profesional de Enfermería. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud.

El presente Estudio de Caso se realizó cubriendo los objetivos planteados al inicio, se contó en todo momento con la asesoría del Tutor Clínico de la especialidad en Enfermería Infantil.

SUGERENCIAS

Implementar el Proceso de Atención en Enfermería (PAE) en la práctica del profesional de Enfermería.

Brindar más tiempo al periodo de práctica clínica.

Continuar con el gran apoyo y buena disposición por parte de la coordinación de posgrado para conseguir el logro de los objetivos.

IV. Bibliografía.

1. Martínez C. Romero G. (2015) Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. Enfermería Universitaria.
2. Carreño A.(2011) Proceso Enfermero en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo el enfoque de Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica pp105-113.
3. Hernández A. (2011) Cuidado especializado de enfermería a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura. Rev. CONAMED .
4. Sierra M. (2010) Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.
5. Díaz E. (2011). Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.
6. Meza C., Olvera S., Cadena JC. (2013) Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, pp 63-70
7. Carrillo E., Sierra M. (2013) Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, pp 111-117.
8. Gaona Y., Cruz M. (2012) Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. Enfermería Universitaria.
9. Meraz MA., Espinosa V.(2012) Alteración de la Seguridad y Protección en un Adolescente Masculino. Enfermería Universitaria.
10. Alvarado P., Cruz M. (2013) Proceso de atención de Enfermería a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. Enfermería Universitaria.

11. INEPEO Rev. Salud Pública Paraguay (2013); Vol 3 No.1 enero-julio pp 41-48
12. Alfaro R. (2007) Aplicación del Proceso de Enfermería: Fomentar el cuidado de colaboración. 5ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson,
13. Phaneuf M.(1993) Cuidados de Enfermería. El proceso de atención Enfermería. España Ed. Interamericana McGraw-Hill.
14. Rev. Salud Pública Paraguay (2013); Vol 3 No.1 enero-julio pp 41-48
15. Kozier B. (1999) Fundamentos de Enfermería. 5 ed. McGraw-Hill Interamericana. España .
16. Gordon, M. (2007) Manual de Diagnósticos de Enfermería. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
17. NANDA Internaciona (2010). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España, 2010.
18. Ruiz G., Martínez B.(2000) Enfermería del niño y del adolescente. Ed. Difusión Avance de Enfermería. Madrid.
19. Alfaro R. (2007) Aplicación del Proceso de Enfermería: Fomentar el cuidado de colaboración. 5ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson,
20. Phaneuf M. (1993) Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención Enfermería. España Ed. Interamericana McGraw-Hill.
21. Iyer, P.(1999) Proceso y Diagnóstico de Enfermería.3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
22. Gordon, M.(2007) Manual de Diagnósticos de Enfermería. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
23. Griffith JW., Chirstensen P.(1993) Proceso de atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. 1ª ed. Manual Moderno. México .
24. Kozier B. (1999) Fundamentos de Enfermería. 5 ed. McGraw-Hill Interamericana. España.
25. Iyer, P. (1999) Proceso y Diagnóstico de Enfermería.3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
26. Griffith JW., Chirstensen P. (1993) Proceso de atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. 1ª ed. Manual Moderno, México.

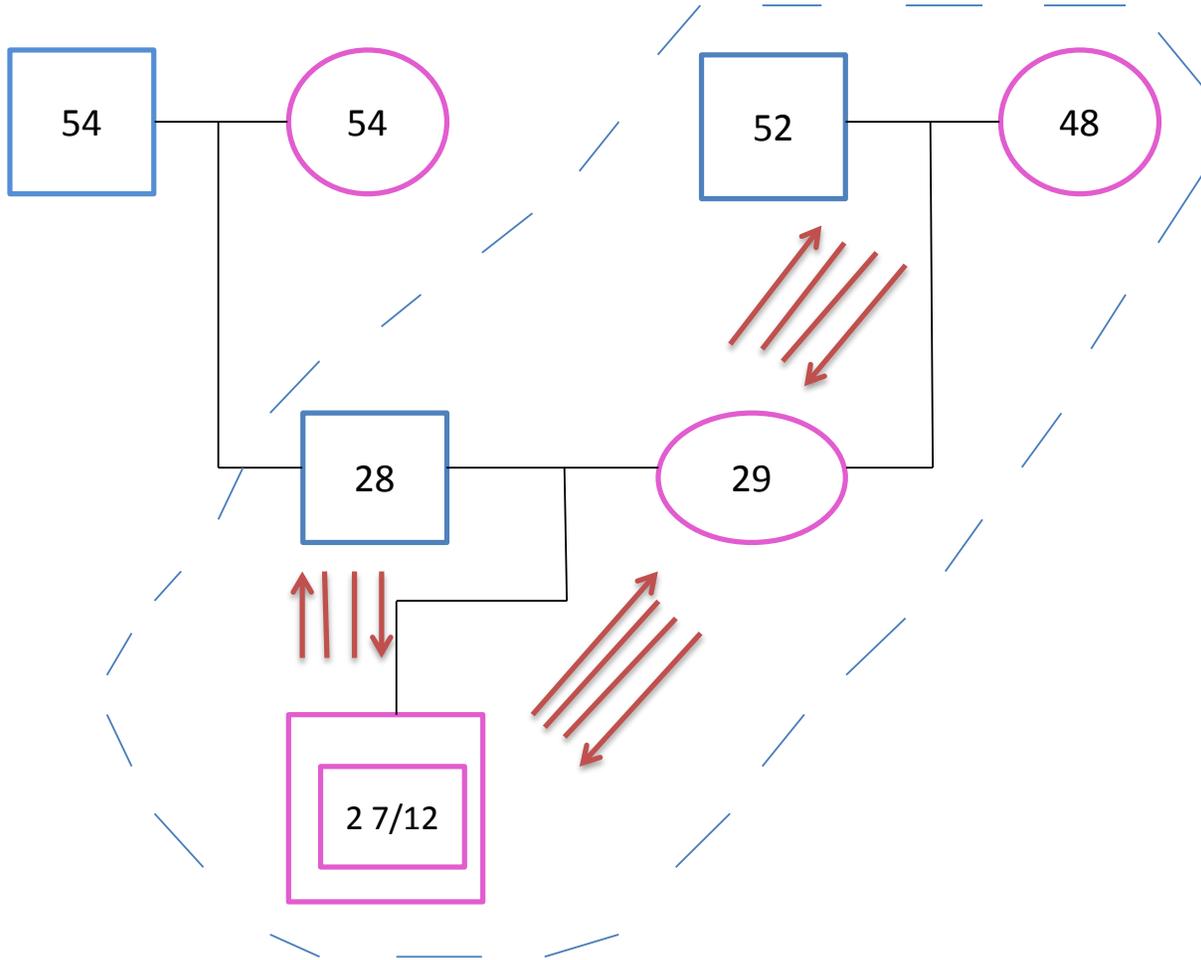
27. Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero. Barcelona España. Mosby 5ª ed. 2003.
28. Marriner Tomey, A.; Raile Alligood, M. (2000); "Modelos y Teorías de Enfermería". Edit. Harcourt. España.
29. Bellido Vallejo, J.C.; Lendínez Cobo, J.F.(2010)" Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN".Edit. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España.
30. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
31. Enfermería y Bioética
http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_enferm_bioetica.htm 2008.
32. La Bioética en la Enseñanza y la Investigación en Enfermería Rev Cubana Enfermería 2007;23(3)
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_3_07/enf07307.html
33. La ética y la moral en Enfermería
<http://vivirconetica.blogspot.mx/2007/10/la-tica-y-la-moral-en-enfermera.html>
34. CONAMED 1999
http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
35. Mara Medeiros Domingo and Ricardo Muñoz Arizpe (2011) Kidney disease in children. A public health problem, Bol Med Hosp Infant Mex ;68(4):239-241.
36. Medeiros M.(2012) Bol Med Hosp Infant Mex.;69(4):290-294 Subdirección de Investigación, Hospital Infantil de México Federico Gómez.
37. Harambat J, van Stralen KJ, Kim JJ, Tizard EJ.(2012) Epidemiology of chronic kidney disease in children. Pediatric Nephrology;27:363-373.
38. Medeiros M., Romero B., Valverde S., Delgadillo R, Varela G., Muñoz R.(2011) [Renal transplantation in children]. Rev Invest Clin 2005;57:230-236. Bol. Medico Hospital Infantil México;68(4):239-241
39. Medeiros M., Romero B. Valverde S.(2011),Bol. Medico Hospital Infantil México;68(4):239-241

40. Delgadillo R., Varela G., Muñoz R. (2012) Departamento de Nefrología y Departamento de Trasplantes. Hospital Infantil de México Federico Gómez. Trasplante renal en pediatría. Bol. Med. HIM México, 69 (4) 290-294.
41. Medeiros-Domingo M. (2015) Trasplante renal en pediatría. Rev Investigación Clínica; 57 (2): 230-236.
42. Kasiske BL, Snyder JJ, Matas AJ. (2002). Preemptive kidney transplantation: the advantage and the advantaged. J Am Soc Nephrol; 13: 1358-64.
43. Medeiros-Domingo M, (2005)l. Trasplante renal en pediatría. Rev. Investigación Clínica; 57 (2): 230-236.
44. Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. (2007). Fundamentos de Enfermería. McGraw – Hill Interamericana. España.
45. Urden L., Lough M., Stacy K. (2000) Cuidados Intensivos en Enfermería. Harcourt/OCEANO, España segunda Edición.
46. Ripolle L., Grondin L., Phaneuf M. (1997). Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de las personas. McGraw – Hill Interamericana. España.
47. Ferragut R. (2003) Ventilación mecánica controlada y asistida-controlada. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca España. Cap. 59(1):82-102.
48. Ordón E. (2012) Técnicas de movilización y transferencias de paciente. Universidad de Salamanca.
49. Bulechek G., Butcher H., Dochterman J., Wagner C. (2014) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Elsevier España.
50. Salces C. Inf. Sistema Nacional de Salud. Vol 35. No 1/2011.
51. Arenas J.A., (2008) Nefrología Pediátrica, Sociedad Argentina de Pediatría, segunda Edición. Página 55.
52. Kiessling S., Goebel Jens, Somers M. (2012) Nefrología Pediátrica en Cuidado Intensivo, Distribuna Editorial Bogotá. Página 479.
53. Taketomo, C.(2014) Manual de Prescripción Pediátrica y Neonatal, Editorial Lexi-Comp.

54. Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición “Salvador Zubirán” (2011) Protocolo de Trasplante. México
55. Morgan K., (1993) Cuidados de Enfermería en Pediatría, Ediciones Doyma. Barcelona España.
56. www.files.unicef.org
57. www.conductitlan.net/estimulaciontemprana.pdf
58. Molina, N. (2015). La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D.F., México Gac Med Mex. 2015;151:485-90
59. Lamas, A. (2013). **Cough in Children**. Sección de Neumología Pediátrica, Hospital Universitario Ramón. España.
60. American Speech-Language-Hearing Association, ASHA
61. [www.psicopedagogia.com/terapiade lenguaje](http://www.psicopedagogia.com/terapiade%20lenguaje)
62. Narvarte M., (2011) Estimulación Temprana. Ediciones Euromexico. México.
63. Educaciónpsicomotriz3.jimdo.com

V. ANEXOS

5.1 Mapa Familiar



5.2 Historia clínica.

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

ENFERMERÍA INFANTIL

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

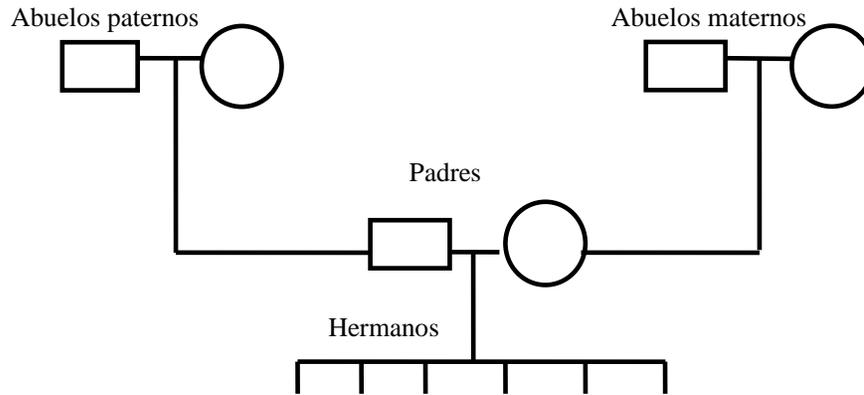
Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____

Servicio _____

I D A T O S D E M O G R Á F I C O S	<p>Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____</p> <p>Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____</p> <p>Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____</p> <p>Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____</p> <p>Religión: _____ La información es proporcionada por: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Domicilio: _____</p> <p>Procedencia: _____ Teléfono: _____</p> <p>Diagnóstico médico: _____</p> <p>Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____</p>
II F A M I L I A	<p>Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____</p> <p>Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Servicios intradomiciliarios: _____</p> <p>Disposición de excretas: _____</p> <p>Descripción de la vivienda: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Ingresos económicos de la familia: _____</p> <p>Medios de transporte de la localidad: _____</p>

Mapa Familiar.

Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afeciva	Enfermedades

Símbolos

- Hombre ○ Mujer ⊙ Paciente problemas
- ☒ Fallecimiento ≡ Relaciones fuertes
- ≡ Relaciones débiles ≠ Relaciones con estrés

III	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___</p> <p>Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Si: _____ No: _____ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones 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: _____</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____</p> <p>¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico; Sí: _____ No: _____</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p> <p>_____</p> <p>Vacunación: _____</p>
1	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____</p> <p>Dificultad: _____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____</p> <p>Licuados: _____ Otros: _____</p> <p>¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____</p> <p>_____ Lugar: _____</p>

1	¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____						
	¿Que alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____						
	Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____						
	Alimentación especial: _____						
	Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda			
	Cereales	_____	_____	_____			
	Frutas	_____	_____	_____			
	Vegetales	_____	_____	_____			
	Carne	_____	_____	_____			
	Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____						
Hábitos en los alimentos: _____							
A que edad le salieron los dientes: _____							
2	Eliminación						
	Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____						
	Blanda: _____ Líquida: _____						
	Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____						
	Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Cafe: _____ Negra: _____ Blanca: _____						
	Olor: Ácida: _____ Felida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____						
	Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____						
	Sedimento _____ Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____						
	Maleolar: _____ Anasarca: _____						
	Otros: _____						
	Hábitos: _____						
Descripción de genitales: _____							
Sudoración: _____							
	Oxigenación						
	Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____						

3	<p>Abdominal:_____ Torácico:_____ Branquial:_____</p> <p>Signos vitales: Tensión arterial:_____ Frecuencia cardiaca:_____</p> <p>Pulso:_____</p> <p>Regular:_____ Irregular:_____ Respiración:_____ Regular:_____ Irregular:_____</p> <p>Aleteo nasal:_____ Retracción xifoidia_____ Disociación toraco abdominal:_____</p> <p>Ruidos respiratorios:_____ Lado derecho:_____ Lado izquierdo:_____ Ventilación:_____</p> <p>Respiración asistida:_____ controlada:_____</p> <table border="1" data-bbox="293 541 1380 640"> <thead> <tr> <th>Secreciones bronquiales:</th> <th>Cantidad</th> <th>Consistencia</th> <th>Color</th> <th>Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tubo traqueal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cavidad oro nasal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Humidificación y oxigenación:_____</p> <p>Tiene dificultad para respirar: Cuando come:_____ Camina:_____ Otros:_____</p> <p>Coloración de la piel: Color:_____ Integridad:_____ Diraforesis:_____</p> <p>Petequias:_____ Rash:_____ Escoriaciones:_____</p>	Secreciones bronquiales:	Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____	Cavidad oro nasal	_____	_____	_____	_____
Secreciones bronquiales:	Cantidad	Consistencia	Color	Olor												
Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____												
Cavidad oro nasal	_____	_____	_____	_____												
4	<p style="text-align: center;">Reposo-sueño</p> <p>Horas de sueño:_____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete:_____</p> <p>Con luz:_____ Sin luz:_____ Con música:_____ Cubierto con alguna manta:_____</p> <p>Otras costumbres:_____ Despierta por las noches:_____ Tiene pesadillas:_____</p> <p>Duerme siesta:_____ En qué horario:_____</p> <p>Valoración Neurológica: Actividad: Activo:_____ Letárgico_____ Tranquilo:_____</p> <p>Dormido:_____ Respuesta a estímulos:_____ Movimientos simétricos:_____</p> <p>Asimétricos:_____ Respuesta pupilar:_____</p> <p>Para el recién nacido: Reflejos, succión:_____ Deglución:_____ Naucioso:_____</p> <p>Búsqueda:_____ Moro:_____</p> <p>Presión:_____ Fontanela: Normal:_____ Abombada:_____ Deprimida:_____</p> <p>Suturas craneales: Aproximadas:_____</p> <p>Separadas:_____ Imbrincadas:_____</p>															
5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Condiciones de la ropa de vestir:_____</p> <p>Higiene:_____ Costumbres en el cambio de la ropa:_____</p>															

	Tiene ropa necesaria para la hospitalización:_____ Otros enseres:_____ Se viste solo: Sí:_____ No:_____ Con ayuda:_____
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> El niño es sensible a los cambios de temperatura:_____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura:_____ Cuando tiene fiebre,¿cómo se la controla?_____
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y Postura</p> A qué edad fijó la mirada:_____ Siguió objetos con la mirada:_____ Se sentó:_____ Se paró:_____ Caminó:_____ Saltó con un pie:_____ Salta alternando los pies:_____ Camina con las puntas de los pies:_____ Camina con los talones:_____ Sobre escaleras:_____ Camina solo:_____ Camina con ayuda:_____ Con aparato ortopédico:_____ Qué postura adopta el niño al sentarse:_____ Al caminar:_____ Al dormir:_____ Al pararse:_____ Se mueve en cama:_____ Cambios de posición con ayuda:_____
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> Responde al tacto:_____ Voltea con los sonidos fuertes:_____ Sigue la luz:_____ Hace gestos con algún alimento:_____ A qué edad sonríe:_____ A qué edad balbucea:_____ A qué edad dijo sus primeras palabras:_____ Habla dialecto:_____ ¿Cuál?_____ Quién lo cuida:_____ Con quien juega:_____ Quién habla con el niño:_____ Como considera que es el niño: Alegre:_____ Irritable:_____ Independiente:_____ Dependiente:_____ Tímido:_____ Agresivo:_____ Cordial:_____ Uraño:_____ Desordenado:_____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo_____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche:_____ _____

9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>Condiciones higiénicas de la piel: _____</p> <p>Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____</p> <p>Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____</p> <p>Frecuencia del cambio de ropa: _____</p>
10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____</p> <p>Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____</p> <p>Los objetos: _____ Animales: _____</p> <p>Las personas: _____ Juega solo: _____</p> <p>Con otros niños: _____ Con adultos: _____</p>
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> <p>¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____</p> <p>_____</p>
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>_____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Cómo ha 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: Si:_____ No:_____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Nombre del medicamento</td> <td style="width: 25%;">Dosis</td> <td style="width: 25%;">Vía</td> <td style="width: 17%;">Fecha</td> </tr> </table> <p>De qué forma acostumbra a dárselos:_____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha		
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quién cuida al niño:_____ En dónde:_____ Asiste a la guardería:_____ Está acostumbrado a que lo paseen:_____</p> <p>¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo?_____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Sí:_____ No:_____ Si la respuesta es sí ¿Por qué?_____</p> <p style="padding-left: 100px;">¿Cómo reaccionó?_____</p> <p>¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?:_____</p> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara:_____</p> <p>_____</p>				
14	<p style="text-align: center;">Realización</p> <p>¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo?_____</p> <p>_____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: Sí:_____ No:_____ ¿Con quién?_____</p> <p>Comparte juguetes:_____</p> <p>Hace amistad con otros niños y adultos:_____</p> <p>Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí:_____ No:_____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo:_____</p> <p>_____</p> <p>Otros datos:_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

5.3 Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL.
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"FEDERICO GÓMEZ".

UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Consentimiento Informado para estudio de caso.

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

, cuyo Objetivo principal es: _____

_____ y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han
sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de
recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten
en: _____

_____ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes a 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 este afecte a le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma.

Nombre del padre o tutor: _____

Firma.

Testigos.

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____

5.4 Hoja de Reporte Diario.



Universidad Nacional Autónoma de México.
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
División de Estudios de Posgrado.
Especialidad en Enfermería Infantil.
Sede Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Reporte Diario (Seguimiento).

Nombre del alumno: _____ Fecha: _____ Servicio: _____
Nombre del niño: _____ Edad: _____ Reg. De Exp: _____

Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso _____ Talla _____ FC _____ FR _____ TA _____ Temp _____

Otros.

A) Observacion General.

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda).

Tipo de relación.

Acompañamiento:

Suplencia:

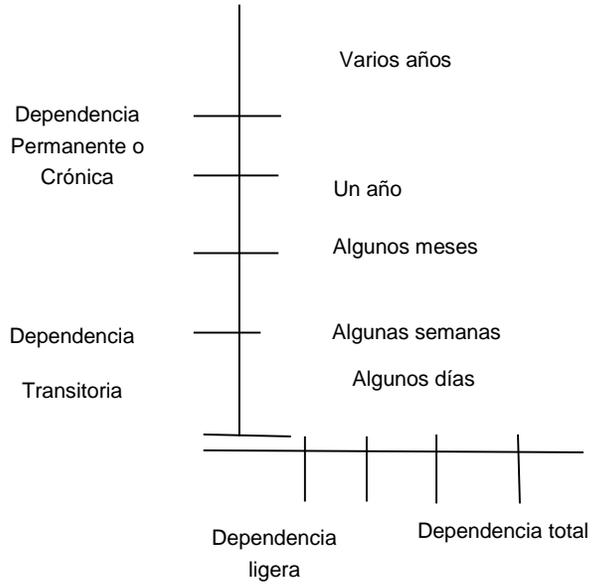
Suplencia:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

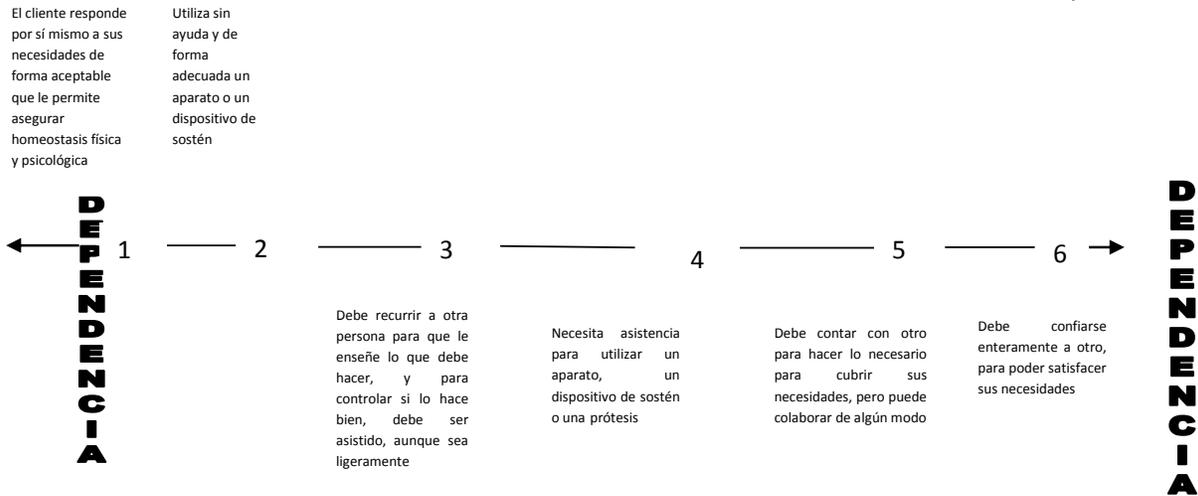
Diagnósticos de Enfermería

Comentarios:

Duración de la dependencia



Grado de Dependencia.



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

Importante!

- Conocer y entender los signos y síntomas del rechazo de riñón.
⇒ Fiebre de más de 38°C

- ⇒ Aumento de los análisis de la función renal (BUN y creatinina)
- ⇒ Disminución del volumen de orina
- ⇒ Dolor sobre el injerto
- ⇒ Hinchazón de las manos, párpados o de los pies.
- ⇒ Aumento de peso (1-2 kg) en 24 horas
- Administrar todos los medicamentos siempre a la
- misma hora como los han indicado.
- Asegurarse de tener siempre un suministro de medicamentos. suficientes de forma que no se omita alguna dosis por carecer de él.
- Mantener contacto regular con el médico nefrólogo.
- Realizar los análisis de sangre como se indique.
- Dar seguimiento a los resultados de análisis de sangre con el médico nefrólogo.
- Acudir puntualmente a las citas de control.
- Acudir inmediatamente al hospital ante cualquier si se sospecha de algún cambio anormal.

"EL ÉXITO ES LA SUMA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS, REPETIDOS DÍA TRAS DÍA"



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA INFANTIL

**Cuidados en el hogar al
paciente con Trasplante
Renal**



ELABORÓ:

E.E.E.I: María Isabel Martínez Juárez.

Coordinadora: EEI Maricela Cruz Jiménez.

Después del trasplante

Como usted se habrá dado cuenta, el trasplante de riñón es mucho más que la operación que acaban de experimentar. Es importante que aprendan sobre el cuidado para que obtenga el mejor resultado posible con el riñón sano .

Ustedes como familia son el miembro más importante del equipo de trasplante y la participación activa en su cuidado los llevará a una recuperación exitosa.



Sus responsabilidades son:

Ustedes son los encargados más importante del trasplante de riñón. Para tener el mejor resultado para el paciente trasplantado ustedes deberán:

- Conocer todos los medicamentos: dosis, horarios y el por qué los está tomando.
- Seguir el horario de medicamentos de forma estricta diariamente y hacer cambios sólo si el médico Nefrólogo lo indica.
- Mantener contacto rutinario con el personal de salud del servicio de Nefrología.

Lo que deben saber acerca de los medicamentos:

TACROLIMUS: Se utiliza para prevenir o tratar el rechazo después del trasplante de riñón. Previene el rechazo inhibiendo las células en el sistema inmunológico que causan el rechazo.

MICOFENOLATO MOFETIL: Se utiliza para ayudar a prevenir o tratar rechazo del órgano en pacientes trasplantados. Se usa en combinación con el tacrolimus y la prednisona. Los efectos secundarios pueden incluir náusea, irritación de estómago, vómito y diarrea. Los efectos secundarios pueden disminuir al pasar el tiempo.

PREDNISONA: Es un esteroide utilizado para ayudar a prevenir o tratar el rechazo del trasplante de órgano. Previene el rechazo del órgano inhibiendo las células del sistema inmunológico que causan el rechazo. Aunque algunos pacientes trasplantados de riñón requieren prednisona para toda la vida, a otros pacientes se les reducen los esteroides gradualmente pocas semanas o meses después del trasplante.

TRIMETOPRIM / SULFAMETOXAZOL: Se utiliza para prevenir o tratar un tipo de neumonía. Los pacientes que tienen un sistema inmunológico suprimido tienen mayor riesgo de contraer esta neumonía.

NISTATINA: Cuando se toma un medicamento anti-rechazo, particularmente la prednisona, existe mayor riesgo de contraer una infección por hongos. Esta infección usualmente se desarrolla en la boca y garganta (afta), el área de la vagina o sobre la piel. Es un medicamento anti fúngico recetado para tratar y prevenir el hongo en el área de la infección.

Cuidados especiales en el hogar.

- **Realizar lavado de manos:**
 - ⇒ Antes de preparar los medicamentos, la comida.
 - ⇒ Después de ir al baño,
 - ⇒ Después de realizar cambio de pañal.
- **Evitar contacto con:**
 - ⇒ Personas enfermas de gripe o resfriado o cualquier enfermedad infecto contagiosa.
 - ⇒ Evitar acudir a lugares concurridos.
 - ⇒ Al salir a la calle utilizar la lactante utilizara doble cubrebocas.
- **No compartir utensilios para comer (vasos, cucharas) y objetos personales (cepillo de dientes) de la lactante.**
- **Si tienen mascotas en el hogar asegurarse de que se encuentren saludables. Evitar la convivencia con reptiles, hámster, tortugas, conejos y aves.**
- **Los pacientes trasplantados no pueden recibir inmunizaciones que contengan una vacuna viva como lo son: Polio Oral (SABIN), Sarampión, Paperas y Rubéola, vacuna contra varicela.**

