



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A UN LACTANTE MENOR CON ALTERACIÓN EN  
LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN, BASADO EN LA FILOSOFÍA  
DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

BRENDA SOFÍA CANO PÉREZ

NO. DE CUENTA:  
309039297



\_\_\_\_\_  
DIRECTORA DEL TRABAJO:

DRA. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO

CIUDAD DE MÉXICO 2017



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.

## AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de estudiar en la máxima casa de estudios y las herramientas para seguir creciendo.*

*A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por ser mi segunda casa, permitir desarrollarme profesionalmente y personalmente durante cuatro años.*

*A la Doctora Clarissa Castro por ser el impulso para seguirme formando aún después de terminar mis estudios, por estar a lo largo de la carrera, durante este proceso tan importante, por ser mi guía en la realización de este trabajo, gracias por todo.*

*A la maestra Amelia y Bertha, por el apoyo incondicional, quienes fueron de gran ayuda en la elaboración de este trabajo, sus enseñanzas y paciencia.*

## DEDICATORIAS

*A mis padres Rosaura y Javier que han sido elementales durante mi formación académica, que han estado a lo largo de este camino brindándome su apoyo en todos los sentidos, quienes me han enseñado que esto apenas comienza, que la base del éxito se encuentra en amar lo que haces, a luchar por tus sueños, son la razón por la cual cada día busco prepararme aún más. Gracias por su comprensión, su paciencia, por ser mi guía, el haber logrado concluir mis estudios se lo debo a ustedes quienes creyeron en mí y me ayudaron a realizarlo.*

*A mis hermanos Iker y Valeria que han sido testigos de mi formación, siempre logran sacarme una sonrisa a pesar de lo difíciles que puedan ser las situaciones, quienes siempre están para escucharme, para darme alguna palabra que me aliente a seguir, son el motivo para que siga adelante.*

*A mis abuelos Leo y Hugo, que me han impulsado a seguir creciendo en el ámbito personal y profesional, que me han tendido la mano cuando más lo necesito, me han enseñado que la vida a veces puede ser difícil pero siempre hay que seguir y ver lo mejor de ella, siendo correctos, haciendo lo que nos corresponde, no rindiéndonos ante las adversidades. Gracias por ser parte de todo esto, por todo lo que me han dado, el haber logrado esta meta ha sido gracias a su apoyo incondicional y estar ahí conmigo.*

*A Alejandra, Guadalupe, Mayra y Carlos, quienes han sido mis amigos durante la carrera, quienes se volvieron mis confidentes, que me han acompañado a lo largo de este proceso, y han compartido la felicidad de estudiar esta maravillosa carrera.*

## INDICE

1. Introducción.....	5
2. Objetivos	
2.1. General.....	7
2.2. Específico.....	7
3. Metodología.....	8
4. Marco teórico	
4.1. El modelo conceptual en cuidados enfermeros.....	9
4.2. Virginia Henderson.....	10
4.2.1. Filosofía de Virginia Henderson.....	11
4.2.2. Metaparadigma.....	12
4.2.3. Necesidades Básicas de Virginia Henderson.....	12
4.2.4. Postulados, causas de dificultad, conceptos.....	14
4.2.5. Proceso de Atención de Enfermería aplicado a la filosofía de Virginia Henderson.....	16
4.3. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	
4.3.1. Valoración.....	18
4.3.2. Diagnóstico.....	22
4.3.3. Planeación.....	24
4.3.4. Ejecución.....	26
4.3.5. Evaluación.....	26
4.4. Patología	
4.4.1. Síndrome de Berdon .....	28
4.4.2. Hidronefrosis Bilateral .....	32
4.5. Aspectos Generales de Pediatría.....	37
4.6. Lactante menor.....	38
5. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	
5.1. Presentación del caso clínico.....	40
5.2. Valoración de Necesidades Básicas.....	42
6. Exploración Cefalocaudal.....	52
7. Manifestaciones de dependencia e independencia.....	54
8. Jerarquización por necesidades.....	56
9. Plan de intervenciones (Diagnósticos).....	57
10. Plan de Alta.....	86

11. Conclusiones.....	87
12. Glosario.....	88
13. Bibliografía.....	93
14. Anexos	
14.1. Instrumento de valoración de necesidades.....	96
14.2. Escalas utilizadas.....	109
15. Consentimiento informado.....	112

## 1. INTRODUCCIÓN

La historia de la enfermería profesional empezó con Florence Nightingale. Fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en el que las mujeres no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos. Después de su servicio de organización en el cuidado de los heridos, durante la Guerra de Crimea, su idea fue la creación de una escuela de enfermería, donde fijó el nacimiento de la enfermería moderna.

La enfermería empezó con un fuerte énfasis en la práctica, pero a través del tiempo las enfermeras trabajaron para el desarrollo de la enfermería como una profesión a través de períodos sucesivos reconocidos como etapas históricas. A medida que las enfermeras buscaban cada vez más educación superior, empezó a nacer una etapa de énfasis en la investigación. La etapa de la teoría fue una extensión natural de la etapa de la investigación y de la educación superior. Al mismo tiempo que aumentaba la comprensión del desarrollo de la investigación y del conocimiento, resultó obvio que la investigación sin teoría resultaba insuficiente y que eran la investigación y la teoría juntas las que creaban la ciencia enfermera.

A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Aunque algunos pueden utilizar estos términos (disciplina y profesión), sus significados no son los mismos. Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento. Una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan. <sup>1</sup>

Las profesiones y disciplinas del área de la salud deben tener una visión clara de los principios científicos y filosóficos que orientan su práctica profesional, para actuar en concordancia con ellos. Un modelo conceptual provee un marco de referencia para la práctica; estos modelos están fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen sobre la práctica de enfermería quienes los han propuesto. <sup>2</sup>

En la práctica, el conocimiento de los principios filosóficos y científicos que fundamentan los modelos provee una orientación sobre cómo interpretar el fenómeno de interés de la disciplina; tales principios se ven reflejados en el quehacer profesional y, por lo tanto, en la actitud que éstos asumen frente a las situaciones de cuidado, al reconocer los beneficios de esta relación para el

---

<sup>1</sup> Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 7 ed. Madrid: Elsevier; 2011. p. 3-72.

<sup>2</sup> Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichan [Internet]. 2005. [citado 23 jun 2017]; 5(1): 46 – 53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74150105>

paciente, la familia y para su propio crecimiento personal, mejorando así la calidad del cuidado de enfermería en los diferentes escenarios. También favorece la comunicación entre los profesionales de enfermería al unificar criterios frente a la interpretación de las situaciones de cuidado, y la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Tener claridad sobre la razón de ser de la disciplina y las metas del cuidado permite a los profesionales diferenciar su campo de acción e identificar claramente su contribución para la promoción y recuperación de la salud de las personas, y los estimula a participar activamente en el equipo interdisciplinario; además, promueve su reconocimiento fortaleciendo la necesidad de contar con este recurso no sólo por parte de los profesionales del área de la salud, sino también de los usuarios y de las entidades prestadoras de servicios de salud.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado que permite brindar cuidados humanistas, eficientes, centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. De acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. El proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Este método se aplicó a K.H.C, quien es una paciente con Diagnóstico de Síndrome de Berdon.

El uso del proceso de atención de enfermería aplicado a K.H.C. permite crear un plan de cuidados centrado en las necesidades básicas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; la paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de atención de enfermería es un método de intervención en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. GENERAL**

Realizar un Proceso de Atención de Enfermería basado en la filosofía de Virginia Henderson, valorando el estado de salud de la paciente, a través de un instrumento que identifique las necesidades alteradas, aplicando los conocimientos adquiridos previamente en la carrera, manteniendo la calidad en el cuidado, el humanismo, dando un trato digno a la paciente y respetando sus derechos.

### **2.2. ESPECÍFICOS**

- Aplicar el instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson a una lactante menor, identificando las necesidades alteradas.
- Valorar el estado de dependencia - independencia de la paciente para jerarquizar las necesidades alteradas para la elaboración de diagnósticos de enfermería, a través del formato problema, etiología, signos y síntomas (PES).
- Planear las intervenciones de enfermería mediante el pensamiento crítico, y así poder brindar un cuidado específico de acuerdo a las necesidades afectadas de la paciente.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería, previamente fundamentadas científicamente, proporcionando a la paciente un cuidado óptimo y de calidad, para así modificar el estado de salud de la paciente.
- Evaluar las intervenciones realizadas, del estado de la paciente a través del grado de dependencia - independencia.
- Proporcionar un plan de alta que oriente al cuidador primario de la paciente, siguiendo el tratamiento para el adecuado cuidado.

### 3. METODOLOGÍA

Con los conocimientos adquiridos durante la carrera de Enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, se desarrollaron en la práctica real (Hospital Infantil de México “Federico Gómez”), en un horario de 7:30 am a 3:30 pm.

Selección de la paciente (K.H.C. con Diagnóstico de Síndrome de Berdon), que se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), en el área de Terapia Intermedia, para la realización de un Proceso de Atención de Enfermería. Se obtuvo un consentimiento informado el cual fue firmado por la madre (anexo, página 112).

Aplicación del instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, obtenido por la Academia de Pediatría de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, mediante el método clínico, favoreciendo el pensamiento crítico y la toma de decisiones. Se consultó el expediente clínico para una valoración más completa y su evolución, se recabó la información por escrito. Se identificó las necesidades alteradas y se jerarquizaron. Después se valoró el grado de dependencia, según Virginia Henderson en su continuum independencia – dependencia.

Se realizaron diagnósticos de enfermería de acuerdo al formato: problema, etiología, signos y síntomas (PES), con la taxonomía NANDA. Posteriormente se hizo una planeación de las intervenciones de enfermería y se ejecutaron éstas.

Por último, se hizo una evaluación de las intervenciones realizadas, valorando el estado de salud de K.H.C. identificando si requería alguna otra intervención y si se cumplieron los objetivos. Se elaboró un plan de alta con el fin de proporcionar una orientación adecuada a los padres y puedan dar un cuidado óptimo a su hija.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. EL MODELO CONCEPTUAL EN CUIDADOS ENFERMEROS

El modelo conceptual en cuidados enfermeros constituye un elemento fundamental de la planificación de los cuidados. Es un concepto de pase de transición entre el pensamiento filosófico que sirve de base a la prestación de los cuidados y las acciones que realiza la enfermera todos los días.

Un modelo conceptual es una hipótesis sobre la organización de la realidad, una ilustración simbólica del ejercicio de la acción profesional en un campo dado. En cuidados enfermeros, los modelos no pueden ser tan concretos, son descripciones teóricas, de una imagen abstracta de lo que es la persona cuidada y de lo que ella vive. La experiencia humana es tan compleja que los modelos no pueden tener en cuenta todos los aspectos.<sup>3</sup>

La utilización de un modelo conceptual presenta múltiples ventajas, primer lugar, para la persona cuidada, y después, para la organización del trabajo y la identidad profesional de la enfermera.

Ventajas:

- Delimitar de manera más clara el campo de actuación de la enfermera: es ella la que asume la responsabilidad de satisfacer el conjunto de las necesidades de la persona, y ello, cualquiera que sea la actuación de los otros miembros del equipo.

-Proporcionar un análisis de la realidad a fin de captar los detalles de la situación y apreciar rápidamente la importancia de las dificultades vividas por la persona.

-Organizar los cuidados de manera coherente para el equipo, es decir, de manera que todas las enfermeras que forman parte de él tiendan hacia un mismo fin: la satisfacción óptima de las necesidades de la persona.

-Hacer más personales y humanos los cuidados respondiendo a las necesidades de la persona. Permitir a las cuidadoras la utilización de un lenguaje común.

-Poner de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario. Revalorizar el rol autónomo de la enfermera.<sup>3</sup>

La mayor parte de las cuidadoras desarrolla su propio modelo de planificación de los cuidados. No obstante, la adopción de un modelo formalmente reconocido asegura una mejor cohesión del equipo de cuidados.

En este Proceso de Atención de Enfermería nos basaremos en la filosofía de Virginia Henderson, quien define 14 necesidades básicas en la persona.

---

<sup>3</sup> Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: Mc Graw-Hill; 1999. p. 8-22.

## 4.2. VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Henderson disfrutó de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de enfermería de Henderson.

Henderson fue la autora y coautora de otros trabajos importantes. Dirigió el proyecto Nursing Studies Index. En 1966 publicó su obra *The Nature of Nursing* en donde describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera. En la primera edición de su libro "Principios básicos de Enfermería" (1971), da a conocer los componentes básicos de los cuidados (14 necesidades), refiriendo en forma sencilla las necesidades fundamentales de cada persona comunes a todos los individuos y a todas las edades. Obtuvo nueve títulos doctorales honoríficos de diversas Universidades y en 1988 recibió mención de honor por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería. El 30 de noviembre de 1996 falleció de muerte natural a la edad de 99 años. <sup>1</sup>

### FUENTES TEÓRICAS:

En *The Nature of nursing* identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Entre estas influencias se encuentra: Annie W. G. era decana de la Army School of nursing, donde Henderson adquirió su educación básica en enfermería, fue su gran inspiradora.

Caroline Stackpole: Fue profesora de fisiología en el Teachers College de la universidad de Columbia cuando Henderson era estudiante. Inculcó en Henderson la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst: Fue profesora de microbiología. La importancia de la higiene y la asepsia. <sup>1</sup>

#### 4.2.1. FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. Este modelo se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible.

Para Henderson el enfermero/a es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz.

Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona. Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera. <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3 ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 49-50.

## 4.2.2. METAPARADIGMA

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- Salud: La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Entorno: Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
- Enfermera (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.<sup>5</sup>

## 4.2.3. NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de muchas influencias. Henderson puso de relieve el arte de la enfermería e identificó las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería.<sup>1</sup>

### Concepto de Necesidad:

El término “necesidad” se puede definir como una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual. Una necesidad es “una fuerza natural y a menudo inconsciente, que impulsa a un

---

<sup>5</sup> García A, Francisco C, Palazuelos P, de Bustos ML. El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. Educare21 [Internet]. 2004. [citado 24 jun 2017]; 9 (1): 6- 7. Disponible en: <https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/mod-vhenderson>.

ser hacia lo que es indispensable o útil para su existencia, su conservación o su desarrollo”.

Las necesidades, tal y como las reconoce Virginia Henderson, se relacionan con las principales dimensiones del ser humano. Así, las necesidades de respirar, eliminar, moverse, etc., están relacionadas con la dimensión física de la persona; las necesidades de evitar los peligros y de comunicarse están vinculadas a su dimensión afectiva y social (sus relaciones).

La visión biopsicosocial y espiritual de los cuidados es esencial en este modelo y supone una filosofía holística de la salud y los cuidados, la enfermedad amenaza a la persona porque interfiere en cualquiera de estos aspectos de la vida, y la eficacia de los cuidados enfermeros se dé por su capacidad de minimizar esta interferencia.<sup>3</sup>

En su modelo, Virginia Henderson señala 14 necesidades fundamentales:

- 1.- Necesidad de Oxigenación
- 2.- Necesidad de Nutrición e hidratación.
- 3.- Necesidad de Eliminación.
- 4.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de Descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.- Necesidad de Termorregulación.
- 8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel.
- 9.- Necesidad de Evitar los peligros.
- 10.- Necesidad de Comunicarse.
- 11.- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
- 12.- Necesidad de Trabajar y realizarse.
- 13.- Necesidad de Jugar / Participar en actividades recreativas.
- 14.- Necesidad de Aprendizaje.

El paciente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.<sup>3</sup>

#### 4.2.4. POSTULADOS, CAUSAS DE DIFICULTAD, CONCEPTOS

##### POSTULADOS

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

- El rol de la enfermera: Ayudar al individuo, sano o enfermo, al mantenimiento y a la recuperación de la salud (o asistirle en sus últimos momentos) mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos.
- Independencia: Consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por sí misma algunas acciones sin ayuda ajena.
- Dependencia: Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirían, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.
- Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.
- Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades. <sup>3</sup>

##### LAS CAUSAS DE DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza. Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.



2. Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad, entendida como 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.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado. <sup>6</sup>

## ROLES

La enfermera, en el desarrollo de la función de cuidar, lleva a cabo tres tipos de roles:

1. Rol autónomo, que ejerce en base a un modelo de enfermería, que le proporciona la guía o estructura teórica. En el desarrollo de este rol autónomo, las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.
2. Rol interdependiente, que ejerce en base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del paciente que está bajo un diagnóstico y un tratamiento médico. Las actividades que se desarrollan en el cumplimiento de este rol se centran en la vigilancia, control y prevención de complicaciones relativas a la situación de enfermedad y tratamiento que está recibiendo. Estas actividades son interdependientes, es decir, existen prescripciones de otros profesionales, generalmente el médico, aunque la enfermera aporta sus conocimientos y sus habilidades para llevar a cabo estas prescripciones.
3. Rol dependiente, en tanto que no trabaja en solitario, sino que forma que forma parte de un equipo de salud. Esto significa que la enfermera también cumple las órdenes prescritas y lleva a cabo los tratamientos determinados, generalmente, por el médico. <sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Fernández C, Novel G. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. 3 ed. Barcelona: Masson; 2007. p. 4-44.

#### **4.2.5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el proceso de atención de enfermería, que comparte fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

El objetivo principal del proceso de atención de enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

La profesión enfermera se ha convertido en las últimas décadas en la ciencia del cuidado, alejándose cada vez más del modelo biomédico en que se trataba la enfermedad. La profesión enfermera se ha convertido en una ciencia que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas.

Para lograr el desarrollo disciplinar de la profesión ha sido necesario establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están basados los principios y objetivos de la profesión. Además de establecer un marco teórico conceptual, se ha necesitado adaptar un método científico usando una metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería.

Esto implica la utilización de un método sistemático para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados.

Es decir, que la implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica diaria como método para la gestión y administración de los cuidados ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina enfermera. Además, el PAE fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándolos a la consecución de los objetivos y promueve el pensamiento crítico.

Son acciones que realiza la enfermera de forma intencionada. Estas acciones son llevadas a cabo en un orden específico con el fin de que una persona que presente alguna necesidad alterada en sus cuidados de salud reciba los mejores cuidados de enfermería posibles. Es decir, es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Bellido JC, Lendínez JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. [Internet]. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2011. p. 17-19. [citado 3 jul 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

### 4.3. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

#### EL PENSAMIENTO CRÍTICO

Es el método empleado por la ciencia para proporcionar una forma sistematizada del pensamiento y facilitar el cuestionamiento reflexivo; este es sinónimo de razonamiento, habilidad compleja, altamente individualizada que implica distintas ideas, emociones y percepciones.

En la dimensión del razonamiento científico se aplica:

- La lógica. Mediante el empleo del enfoque lógico, organizado y consciente se puede comprender el procedimiento del razonamiento, al constituir la fuente que tiene el ser humano para aprender.
- La competencia. Se realiza por medio de la adquisición y actualización de la base del conocimiento mediante las experiencias de la propia práctica clínica.
- La flexibilidad. Permite acomodarse a razonamientos e ideas divergentes.
- La creatividad. Mediante un pensamiento creativo que promueva la curiosidad y el desarrollo de estrategias innovadoras.
- La iniciativa. Se emplea mediante el estímulo de la actuación precoz y el razonamiento creativo.
- La comunicación. Se desarrolla mediante la interrelación verbal y no verbal.

Estos elementos del pensamiento crítico (razonamiento crítico) se encuentran implícitos en las propiedades del PAE, que se retoman en el razonamiento crítico aplicados en cada fase, lo que influye en las opiniones, conocimientos y habilidades personales, para formar la base de la interrelación entre el enfermero y el paciente, sobre la base de percepciones, valores y metas personales.

El pensamiento crítico en enfermería implica:

- Un pensamiento intencionado, dirigido al logro de objetivos.
- Persigue hacer juicios basados en evidencias, en vez de conjeturas.
- Fundamentado en el principio de la ciencia y el método científico.
- Requiere estrategias que aumenten el potencial humano y compensen los problemas causados por la naturaleza humana.

El pensamiento crítico se emplea para:

- Tener mejor comprensión de algo o de alguien.
- Identificar problemas reales y potenciales.
- Tomar decisiones sobre un plan de acción.
- Reducir el riesgo de obtener resultados indeseables.
- Aumentar la posibilidad de lograr resultados beneficiosos.

- Hallar formas para mejorar. <sup>8</sup>

Las etapas constituyen las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Atención de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas, se distinguen cinco etapas:

**1. Valoración:** Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona, sus necesidades y problemas, las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades que se producen ante ellos. La validación y la organización de los datos, según clasificaciones conceptuales.

**2. Diagnóstico:** En esta etapa se produce la identificación de los problemas interdependientes y de los diagnósticos de enfermería.

**3. Planificación:** Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado a la situación.

**4. Ejecución:** Es la etapa de puesta en práctica del plan de cuidados.

**5. Evaluación:** las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad. <sup>6</sup>

#### **4.3.1. VALORACIÓN:**

La obtención de datos es el fundamento de los procesos de atención de enfermería. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de incumbencia de enfermería y al diagnóstico de la misma. De este modo se logra conocer la dirección para la implementación y para mejorar las condiciones del paciente. El propósito de la obtención de datos es identificar y obtener los datos pertinentes acerca del paciente.

La meta de la enfermería es considerar al paciente de modo multifocal. Los individuos, las familias y las comunidades tienen múltiples aspectos que están interrelacionados e influyen uno en el otro, por lo que los elementos fisiológicos, biofísicos, espirituales y socioculturales del paciente deben tomarse en cuenta para asegurar una valoración precisa y comprensiva. Con este objetivo en mente, la enfermera necesita una base sólida de conocimientos en varias disciplinas; una base de conocimientos de las teorías, normas y cánones de conducta, proporciona

---

<sup>8</sup> León CA. Enfermería en urgencias. [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. [citado 3 jul 2017]. 48-57. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---0prompt-10---4-----sti-4-0-1--11-es-50-0--20-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-00-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL1&d=HASHb158720d2450c10106c631.8.pr>

el cimiento para obtener la información pertinente de los pacientes y para hacer juicios correctos acerca de su salud.<sup>9</sup>

### Obtención de la información:

En la fase de valoración, la enfermera evaluará a los pacientes a partir de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de enfermería. Tan pronto se evaluará el primer componente, la enfermera pasará al siguiente, y así sucesivamente hasta que las 14 áreas queden cubiertas. Para recoger la información, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de valoración, la enfermera debe analizar los datos reunidos. Esto requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad.

Según Henderson la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados. La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirma que la enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes para saber qué necesita. Las necesidades deben entonces ser ratificadas con el paciente.<sup>3</sup>

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson:

#### 1.- Necesidad de oxigenación:

- Términos que debemos valorar:

Amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia espiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Alteración orgánica, inmadurez o envejecimiento, fatiga, obstrucción mecánica, fiebre, efectos secundarios de los medicamentos, tabaquismo, intoxicación, humedad o sequedad del ambiente, enfermedades, emociones, ansiedad, estrés, estilo de vida, entorno, meditación.

#### 2.- Necesidad de nutrición e hidratación:

- Términos que debemos valorar:

Alimentos, apetito, electrolitos, hambre, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, nutrición, saciedad.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Ingestión, digestión, absorción del agua y de los nutrientes necesarios para la vida, capacidad de masticar, deglutir, cantidad y calidad de los alimentos, equilibrio electrolítico, hormonal y metabólico, alteración fisiológica u orgánica, modo de alimentación: oral, parenteral, ansiedad, miedo, hábitos culturales, horarios de comida, situación económica, limitaciones relacionadas con la hospitalización.

---

<sup>9</sup> Griffith J, Christensen P. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. 5 ed. México: El Manual Moderno; 2006. p. 30-194.

### 3.- Necesidad de eliminación:

- Términos que debemos valorar:

Defecación, diuresis, micción, heces, sudor, orina.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Alteración orgánica, inmadurez o envejecimiento, obstrucción, efectos secundarios de los medicamentos, alimentación, sedentarismo, problemas hormonales, edad, ansiedad y estrés, actividades físicas, educación, valores relativos a la higiene.

### 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

- Términos que debemos valorar:

Amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diastólica, pulsación, ritmo, tono muscular.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Alteración de las estructuras que permiten el movimiento, ansiedad, estrés, valor que se da al deporte y al ejercicio físico, hábito personal de comportamiento, de sedentarismo o de actividades, organización de deportes y actividades, condiciones del paciente: mala postura, gestos repetitivos.

### 5.- Necesidad de descanso y sueño:

- Términos que debemos valorar:

Descanso, sueño, ritmo circadiano, sueños.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Dolores, falta de confort, ritmos biológicos, medicamentos, estimulantes, emociones: ansiedad, miedo y estrés, hábitos de sueño, dependencia farmacológica, horarios de trabajo, cambios en la rutina diaria.

### 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:

- Términos que debemos valorar:

Vestimenta, ropa.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Rigidez en las articulaciones, amputación, debilidad, daño neurológico, envejecimiento, alteración del estado de conciencia, pérdida de autonomía en el plano cognitivo, gustos personales, estado depresivo, desgano, pudor, normas sociales, prohibición de llevar ciertos vestidos considerados inaceptables.

### 7.- Necesidad de termorregulación:

- Términos que debemos valorar:

Producción de calor, eliminación de calor.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Inmadurez, envejecimiento, inflamación, infección, traumatismo, temperatura ambiental, alcoholismo, agitación, deshidratación, consumo de diuréticos, emociones intensas, ansiedad y estrés, confort, aislamiento.

### 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel:

- Términos que debemos valorar:

Tegumentos, aseo, hidratación.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Dolores, rigidez en las articulaciones, amputación, daño neurológico, déficit visual, alteración del estado de conciencia, pérdida de autonomía en el plano cognitivo, importancia que le concede a la higiene, propia imagen, estado depresivo, normas sociales, situación socioeconómica, estado del medio en el que vive, instalaciones sanitarias.

### 9.- Necesidad de evitar los peligros:

- Términos que debemos valorar:

Entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

-Factores que influyen en esta necesidad:

Alteración de los mecanismos inmunitarios, limitaciones sensoriales: vista, oído, percepción táctil, infección, ideas autodestructivas, suicidas, modificación del esquema corporal, dolor, consumo de medicamentos, propia imagen, ansiedad y estrés, no aceptación o incumplimiento del tratamiento, dependencia de las drogas o el alcohol, medidas de seguridad en el trabajo, seguridad en la casa, contagio, prevención, mantenimiento de la red de apoyo, valores relacionados con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

### 10.- Necesidad de comunicarse:

- Términos que debemos valorar:

Accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación, estímulo.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Limitaciones de los órganos de los sentidos, desequilibrio hormonal, alteración de los órganos sexuales, daño neurológico, ansiedad, estrés, trastornos del pensamiento, utilización de mecanismos de defensa, inteligencia y personalidad, red de parientes y amigos, control social o libertad sexual, status social, valores espirituales relacionados con la apertura a los demás.

### 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

- Términos que debemos valorar:

Creencias, fe, ideología, religión, espiritualidad, valores.

-Factores que influyen en esta necesidad:

Inmadurez, senilidad, daño cerebral, dolor, ansiedad y estrés, disminución del juicio, libertad o control ejercido por el entorno.

### 12.- Necesidad de trabajar y realizarse:

- Términos que debemos valorar:

Autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Debilidad, daño neurológico, amputación, rigidez en las articulaciones, dolores, inmovilidad, envejecimiento, propia imagen, voluntad de autonomía, deseo de realizarse, trastornos del pensamiento, depresión, educación, limitaciones socioeconómicas, desempleo, rol de enfermo, rol profesional y parental, jubilación.

#### 13.- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas:

- Términos que debemos valorar:

Diversión, juego, ocio, placer.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Debilidad, dolores, amputación, rigidez en las articulaciones, envejecimiento, daño neurológico, sedentarismo, estado depresivo, duelo, pertenencia a un grupo para ocupar el tiempo libre, soledad.

#### 14.- Necesidad de aprendizaje:

- Términos que debemos valorar:

Aprendizaje, enseñanza.

- Factores que influyen en esta necesidad:

Daño cerebral, problemas de atención, pérdida de la memoria, falta de motivación, inteligencia, presencia de un grupo, apoyo de la familia, nivel de educación, lengua hablada, pertenencia cultural. <sup>3</sup>

### **4.3.2. DIAGNÓSTICO:**

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.

La responsabilidad de enfermería es diagnosticar las respuestas humanas a las secuelas y problemas relacionados con la salud y a los efectos de estos problemas sobre las actividades de la vida diaria.

El diagnóstico de enfermería ha sido identificado como un componente esencial que requiere un nivel elevado de destreza intelectual. Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente.

Son varias las razones que existen para realizar los diagnósticos de enfermería, en primer término, hacen posible dar a los individuos un cuidado global y comprensivo de la salud al identificar, valorar y responder a problemas específicos de ella. Los diagnósticos de enfermería permiten el uso de un lenguaje común dentro de la profesión, este lenguaje común intensifica la comunicación entre compañeros y con otros profesionales del cuidado de la salud, mejora la continuidad de los servicios y representa un cuerpo organizado de ciencia clínica en enfermería. <sup>9</sup>



Los diagnósticos de enfermería pueden ayudar a formular los resultados esperados para asegurar la calidad, colaboran en la medición de la eficacia – costo del cuidado de enfermería, permiten asignar los puestos dentro del personal, proporcionan la base para la “clínica” en la educación de la enfermera y constituyen la fuerza o énfasis que impulsa la investigación en enfermería clínica.

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar el diagnóstico de enfermería debe incluir los elementos siguientes: una situación con uno o más pacientes; la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de enfermería; un interés o problema de salud existente o potencial; una causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención “dentro del dominio profesional de enfermería”.<sup>9</sup>

## CARACTERÍSTICAS Y CLASES DE DIAGNÓSTICOS

Los diagnósticos de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente. Como en toda taxonomía, estos diagnósticos están agrupados sistemáticamente según determinadas características, normas, reglas y criterios previamente establecidos.

Los diagnósticos se clasifican en:

- Real: un diagnóstico real describe un juicio clínico que la enfermera ha validado gracias a la presencia de las características principales que lo definen.
- Riesgo: un diagnóstico de riesgo describe un juicio clínico sobre la mayor vulnerabilidad de una persona / grupo a presentar un problema que otros en la misma situación o parecida a causa de los factores de riesgo.
- Bienestar: un diagnóstico de bienestar es un juicio clínico acerca de una persona, familia o grupo en transición desde un nivel de bienestar específico a uno superior.
- Síndrome: un diagnóstico sindrómico comprende un conjunto de diagnósticos enfermeros reales o de riesgo cuya presencia se pronostica debido a una determinada situación o acontecimiento.
- Potencial: este diagnóstico se define cuando no está presente en el momento de realizar la valoración, aunque existen indicios / riesgos suficientes que pueden llevar a su aparición posterior.
- Posible: los diagnósticos posibles son una opción de quien establece el diagnóstico para indicar que hay algunos datos que confirmarían el diagnóstico pero que por ahora son insuficientes.

## COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

1. Etiqueta diagnóstica o nombre: Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
2. Definición: Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.
3. Características definitorias: Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características se recogen en la valoración, y a través de la observación y entrevista en forma de datos objetivos y subjetivos. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.
4. Factores relacionados: Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales factores pueden ser descritos como:
  - a) Antecedente de
  - b) Asociado con
  - c) Relacionado con
  - d) Contribuyente a
  - e) Provocando

Cuando el diagnóstico es potencial, no existen características definitorias y a los factores relacionados se les denomina factores de riesgo. <sup>6</sup>

### 4.3.3. PLANEACIÓN:

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

El plan de atención de enfermería comienza con el enunciado del diagnóstico de enfermería y avanza hacia la meta y los objetivos. Una vez identificados éstos, se seleccionan acciones únicas para ayudar al paciente a alcanzar las metas y objetivos. Un plan bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado de enfermería. Es una fuente central de información para todos los que intervienen en la atención de un paciente, es el medio primario de comunicación, sincronización y organización de las acciones de todo el personal de enfermería.

La actualización de las acciones de enfermería con nuevos datos de valoración, aseguran la calidad continua del cuidado. La comunicación adecuada de esta información, ya sea escrita, verbal o ambas, es un rasgo distintivo de la enfermera profesional. Enfermera y paciente trabajan juntos para formar el plan de cuidados. El paciente, la familia y otras personas importantes en el núcleo familiar brindan singularidad a la situación, la enfermera aporta su conocimiento y experiencia al

paciente; reunidos, compartiendo la información, el paciente y la enfermera alcanzan un grado óptimo en la escritura del plan.

Los problemas complejos del paciente requieren asistencia adicional, las personas que sirven como recursos pueden ser la enfermera especialista, la dietista, el fisioterapeuta, el trabajador social, el psicólogo, y el médico. Una conferencia interdisciplinaria del personal del cuidado de la salud es un vehículo para llegar a recursos auxiliares.

La fase de planeación del proceso de atención de enfermería se basa en una valoración profunda y exacta del estado de salud del paciente. Juzgar prioridades, establecer metas y desarrollar objetivos constituye los tres primeros elementos del plan para la implementación. Las metas, por naturaleza, son extensas, abstractas y a largo plazo, pero los objetivos reflejan desempeños o rendimiento específico y un tiempo más corto para su logro.

Cada elemento de la planeación se basa en el conocimiento de la enfermera sobre las teorías, conceptos, modelos y principios. Cualquier fuente que describa las normas de la conducta, puede servir como referencia para la planeación. Los lineamientos para las metas y objetivos escritos incluyen el hecho de estar centrados en el paciente y ser recíprocos, apropiados al diagnóstico y a las metas y realistas; deberán indicar realizaciones que el paciente necesita exhibir para lograr la meta y el objetivo.<sup>9</sup>

Para Henderson, la fase de planificación supone hacer que el plan responda a las necesidades del individuo, actualizarlo como convenga a partir de los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud. En esta etapa hay que pensar por adelantado lo que vamos a hacer.

#### Fijación de prioridades:

Consiste en colocar el orden en el que vamos a resolver el problema, esto se hará según: Amenaza de muerte, la persona (paciente) y el impacto del problema (el que más influye en las 14 necesidades).

#### Establecimiento de los objetivos:

Estos pueden ser a corto o a largo plazo, siempre que se pueda deberán marcarse con el paciente. La enfermera y el paciente siempre están luchando por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica. Una meta de la enfermera debe ser lograr que la jornada del paciente transcurra dentro de la normalidad posible. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera.

#### Determinación de las actividades de enfermería:

Las actividades surgen de la causa que genera esas manifestaciones de dependencia. Los modos de intervención o suplencia son clave para las actividades de los diagnósticos de enfermería. Estos pueden ser:

- Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar.
- Ayudarlo a realizar la actividad: completar.
- Enseñarlo a realizar la actividad: aumentar o añadir.
- Supervisar la actividad: reforzar. <sup>3</sup>

#### **4.3.4. EJECUCIÓN:**

En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

Durante la implementación, la enfermera observa la respuesta del paciente a las acciones de enfermería y decide si los planes están ayudando al progreso del paciente; al considerar la respuesta del paciente, la enfermera puede reordenar, modificar, conservar o cambiar las prioridades en el plan de cuidados.

Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial, lo no escrito no forma parte de la realidad. <sup>3</sup>

#### **4.3.5. EVALUACIÓN:**

La evaluación es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de la salud. Requiere el conocimiento de la salud, la fisiopatología y las estrategias de evaluación. La evaluación es útil, un propósito importante consiste en determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

Se evalúa al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente. Una vez ejecutado el plan de cuidados, la etapa siguiente es la Evaluación; por tanto, es la etapa final del proceso de atención de enfermería.

En este nivel de operación cuando la enfermera, al final del proceso de atención de enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.<sup>9</sup>

Henderson evalúa al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente. Según Henderson los objetivos se consiguen cuando el paciente se mejora, aunque sea una milésima de independencia, si se recupera la independencia o el paciente recibe una muerte apacible.<sup>3</sup>

La evaluación es un proceso activo, sistemático, planeado que compara el estado de salud del paciente con los objetivos y las metas. Tiene lugar primariamente durante las interacciones enfermera – paciente. La evaluación abarca la comparación de las respuestas actuales del paciente con las respuestas previas para determinar el progreso en el logro de las metas y los objetivos.

Los juicios acerca del progreso del paciente se hacen sobre las observaciones, interacciones y medidas de la enfermera, el paciente, la familia y los miembros del personal del cuidado de salud. Si el progreso hacia los objetivos y las metas es insuficiente, el paciente y la enfermera revisarán el plan de cuidados.<sup>9</sup>

## 4.4. PATOLOGÍA

### 4.4.1. SÍNDROME DE BERDON

#### DEFINICIÓN

El síndrome de Berdon (asociación de megavejiga, microcolon e hipoperistalsis intestinal) fue descrito por Berdón en 1976. Se trata de un síndrome muy poco frecuente, con sospecha de patrón hereditario autosómico recesivo. Su locus génico es 15q24. La supervivencia es, en la mayoría de los casos, inferior a un año, siendo la insuficiencia renal, la sepsis y las complicaciones secundarias a nutrición parenteral las principales causas de fallecimiento. Es más frecuente en el sexo femenino, aunque los varones presentan una clínica más severa.

#### ETIOLOGÍA

Su etiopatogenia es desconocida, aunque se atribuye a una miopatía visceral de la musculatura lisa, con déficit de proteínas del citoesqueleto y aumento del colágeno, aunque se cree que hay otros factores implicados. Todo ello da lugar a sus principales manifestaciones: dilatación vesical no mecánica que dificulta la micción espontánea, microcolon y ausencia de peristaltismo intestinal.<sup>10</sup>

#### DIAGNÓSTICO

Resulta complicado realizar con certeza un diagnóstico prenatal, está basado principalmente en la ecografía fetal, que revela el aumento de la vejiga urinaria y la hidronefrosis. Informes recientes han propuesto la combinación de la imagen por resonancia magnética (RM) prenatal y el análisis de cambios enzimáticos para contribuir al diagnóstico prenatal. La vejiga aumentada de tamaño puede ser observada desde el segundo trimestre y los polihidramnios desde el tercero.

Se debe establecer el diagnóstico diferencial en primer lugar con causas de obstrucción mecánica congénita, obstrucción mecánica adquirida y obstrucción funcional. La disfunción vesical que se manifiesta como megavejiga y la afectación intestinal, facilitan el diagnóstico frente al resto de las patologías.<sup>11</sup>

La aparición ecográfica prenatal de una masa hipoecogénica en la pelvis fetal obliga a realizar el diagnóstico diferencial entre megavejiga, quiste peritoneal y quiste anexial. La vejiga urinaria se visualiza en condiciones normales como una estructura redondeada sonoluscente y homogénea situada alrededor de la línea

---

<sup>10</sup> Lozoya T, Vila J, Perales A, Soler I, Quiroga R, Llorens R, et al. Síndrome de Berdon: diagnóstico intrauterino y evolución posnatal. *Diagn Prenat* [Internet]. 2013 [citado 4 jun 2017]; 24(1): 23-28. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-diagnostico-prenatal-327-articulo-sindrome-berdon-diagnostico-intrauterino-evolucion-S2173412712000972>

<sup>11</sup> Magaña MI, Al-Kassam M, Bousoño C, Ramos E, Gómez ME. Síndrome de megavejiga – microcolon – hipoperistalsis intestinal: a propósito de un caso de supervivencia prolongada. *Nutr Hosp* [Internet]. 2008 [citado 8 jun 2017]; 23 (5): 513 – 515. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n5/caso.pdf>

media de la pelvis fetal, que cambia de tamaño, rodeada lateralmente por las arterias umbilicales, siendo una de las estructuras más fácilmente identificables en el abdomen fetal. Se trata de una estructura visible a partir de la semana 10, momento en que comienza la producción de orina por parte del feto. Si no es posible visualizarla, hemos de repetir la ecografía pasados unos minutos.

Entre la semana 10 y la 14 de gestación, el diámetro mayor vesical es como máximo 6 mm, considerándose megavejiga cuando su diámetro mayor es superior a 7 mm en un corte sagital del feto, o su tamaño es superior al 10% de la longitud craneo-caudal.

La severidad de la megavejiga se puede clasificar en 3 categorías, directamente con el pronóstico perinatal: leve (diámetro entre 8 y 11 mm), moderada (12-15 mm) y severa (>15 mm), habiendo en el último caso un riesgo del 10% de cromosopatía cuando la megavejiga aparece en el primer trimestre. La frecuencia de este hallazgo es de 1/1.500 gestaciones, siendo hasta 9 veces más frecuente en el sexo femenino. Un estudio morfológico detallado y un estrecho seguimiento ecográfico son esenciales para detectar signos que nos orientarán hacia la etiología y el pronóstico de la enfermedad, siendo recomendable la realización de un cariotipo fetal.<sup>10</sup>

Las valvas uretrales posteriores son causa de hasta un tercio de las megavejigas diagnosticadas en edad gestacional temprana, siendo la causa más frecuente de megavejiga en el varón en el segundo trimestre de la gestación, mientras que en la mujer las causas de megavejiga temprana son más complejas, estando en ocasiones asociadas a síndromes como el de regresión caudal con atresia uretral, microcolon y otras alteraciones del aparato genital.

En el síndrome de Berdon, la ecografía generalmente muestra una megavejiga y ureterohidronefrosis bilateral, con cantidad normal de líquido amniótico (o polihidramnios en el tercer trimestre, debido al hipoperistaltismo) y riñones normales. En ocasiones, es posible visualizar un estómago distendido. En la vesicocentesis, el sodio urinario fetal y las concentraciones de cloruro están dentro de los límites de la normalidad, lo que sugiere una función renal normal. El intestino fetal dilatado es difícil de detectar debido al desplazamiento de las estructuras causado por la megavejiga.<sup>10</sup>

Por tanto, ante la aparición de un caso de megavejiga en la ecografía prenatal, además de las afecciones mencionadas, se debe realizar el diagnóstico diferencial con el síndrome de Berdon, el cual sospecharemos fundamentalmente ante un feto de sexo femenino con megavejiga, hidronefrosis, líquido amniótico normal y cariotipo normal. Sin embargo, la especificidad de estos hallazgos es baja.

Ahora bien, se ha de tener en cuenta que el síndrome de Prune-Belly que tiene lugar fundamentalmente en varones, muestra un fenotipo similar al síndrome de Berdon, al cursar con megavejiga, secundaria a la presencia de una uretra

obstruida. Por ello, cabe la posibilidad de que el síndrome de Berdon esté infradiagnosticado en varones, al ser etiquetados erróneamente como síndrome de Prune-Belly. En la siguiente tabla se muestran aspectos diferenciales entre varias enfermedades que cursan con megavejiga.

Un hallazgo frecuente en estos pacientes es la malrotación intestinal. La incidencia global de malrotación intestinal y disfunción vesical en pacientes con displasia neuronal intestinal difusa es muy variable, siendo la incidencia entre el 1 y el 45%.<sup>10</sup>

Hallazgos diferenciales entre diferentes entidades que cursan con megavejiga			
Enfermedad	Síndrome de Berdon	Enfermedad de Prune - Belly	Valvas de uretra posterior
Sexo	Mujeres (80%)	Varones (97%)	Varones (100%)
Frecuencia	Excepcional	Infrecuente	Frecuente
Vejiga	Pared vesical fina	Pared vesical fina	Pared gruesa redondeada
Unión vesicoureteral	Normal	Dilatada	Hipertrofiada
Signo ojo de cerradura	No	No: Uretra estenosada en toda su longitud	Sí
Líquido amniótico	Normal	Oligohidramnios	Oligohidramnios
Obstrucción intestinal funcional	Sí	No	No
Microcolon	Sí	No	No

## PRONÓSTICO

El pronóstico en esta enfermedad es ominoso, y aunque existen algunos casos de supervivencia prolongada, la mayoría de los afectados no superan el primer año de vida, falleciendo habitualmente por complicaciones posoperatorias, secundarias a nutrición parenteral, sepsis e insuficiencia renal. En la estrategia terapéutica una de las claves es el soporte nutricional, sobre todo a través de la vía parenteral durante meses, lo que afecta en gran medida a la calidad de vida del paciente y de la familia, por lo que es de vital importancia que se informe a los padres de la enfermedad, su pronóstico y opciones terapéuticas para que puedan tomar una decisión fundamentada.

Es una enfermedad que aún no está adecuadamente caracterizada desde el punto de vista genético. Se ha postulado que el defecto podría residir en uno de los 2 genes candidatos que codifican para receptores nicotínicos de acetilcolina, el gen *CHRNA3* (OMIM 118503) y el gen *CHRNA4* (OMIM 118509). Ambos genes mapean en el cromosoma 15. Por tanto, en principio, no es una enfermedad subsidiaria de diagnóstico genético prenatal ni preimplantacional. Probablemente, en un futuro cercano, con las nuevas herramientas de la genética, como la



secuenciación del exoma, puedan identificarse las mutaciones que dan origen a este síndrome.

La tasa de supervivencia descrita por la última revisión sistemática encontrada en la literatura actual es aproximadamente del 19,7%. Anteriores estudios hablan de tasas de supervivencia del 12,6%. Este aumento de la supervivencia en los últimos años se debe al empleo de nutrición parenteral y trasplante multiorgánico, pudiendo contribuir también a un aumento de la supervivencia el empleo de productos de nutrición parenteral mejorados. Los pacientes fallecen generalmente en el primer año de vida, debido a sepsis por la vía central permanente para la nutrición parenteral. Según algunos estudios, los pacientes vivos de mayor edad tienen entre 19 y 24 años, no habiendo descritos casos de supervivencia a largo plazo.<sup>10</sup>

## TRATAMIENTO

Con respecto al manejo, hasta la fecha no se conoce ningún tratamiento específico para el síndrome de Berdon, siendo el tratamiento de los niños afectados con este síndrome un reto para cirujanos, padres y personal sanitario. El tratamiento es complicado, requiriendo un abordaje multidisciplinar, ya que dadas las características que conforman el síndrome, los pacientes presentan habitualmente desnutrición grave, siendo necesaria la nutrición parenteral total o parcial, el drenaje vesical continuo o intermitente y cirugías paliativas como colostomías y gastrostomías, siendo en ocasiones el trasplante una opción valorable para una mayor supervivencia, fundamentalmente en aquellos pacientes con fallo hepático derivado de la nutrición parenteral total. Sin embargo, varios autores coinciden en que la decisión para llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas debe tomarse con cautela, individualizando cada caso y, en la mayoría de los pacientes, limitada a intervenciones paliativas como la enterostomía y vesicostomía.

Es, además, deseable la introducción, en la medida de lo posible, de alimentación enteral (aunque sea a modo parcial), con el fin de evitar las complicaciones derivadas de la nutrición parenteral, siendo en ocasiones necesaria la nutrición parenteral domiciliaria. También tienen especial importancia las medidas mecánicas, como posiciones y ejercicios que faciliten la motilidad intestinal, fármacos como cisaprida vía oral u octeótrido subcutáneo, una dieta pobre en fibra y grasas, prefiriendo alimentos sólidos a líquidos y prevención del sobrecrecimiento bacteriano con los antibióticos adecuados (neomicina, metronidazol).

Respecto a los episodios agudos, el empleo de sonda nasogástrica, antibióticos, fármacos que estimulen el peristaltismo y la sueroterapia son pilares fundamentales del tratamiento en esta enfermedad.<sup>10</sup>

Lo complejo del síndrome provoca continuas y variadas complicaciones, por lo que la seguridad y la calidad de las terapias elegidas en cada circunstancia, tienen en común, una estrecha colaboración multidisciplinar y un soporte nutricional muy riguroso. El manejo de los catéteres y el cuidado de las vías son muy importantes

ya que su uso será prolongado. La participación y coordinación de un equipo formado por: neonatólogos, pediatras, farmacéuticos, cirujanos, nefrólogos, genetistas, personal de enfermería, etc., y el adiestramiento de los cuidadores es imprescindible.<sup>11</sup>

#### **4.4.2. HIDRONEFROSIS BILATERAL**

##### **DEFINICIÓN**

La hidronefrosis debe entenderse como la dilatación de los cálices y la pelvis renal con orina, secundariamente a una obstrucción en el tracto de salida de la pelvis renal o en otros niveles inferiores de la vía urinaria. En sentido estricto debe considerarse como hidronefrosis cualquier exceso de líquido acumulado en el sistema colector, cálices o pelvis, o en los dos, tanto si hay o no aumento del volumen total del riñón. Dicho aumento se observa en la mayoría de los casos.<sup>12</sup>

Es el agrandamiento (distensión) de la pelvis y de las estructuras recolectoras de orina de ambos riñones, bilateral significa en ambos lados. La hidronefrosis puede limitarse al riñón, o acompañarse de hidrouréter, a lo que puede añadirse mega vejiga. Se presenta cuando la orina no puede bajar desde el riñón por los uréteres hasta la vejiga.<sup>13</sup>

La hidronefrosis prolongada, originará en la mayoría de los casos, diferentes grados de atrofia del parénquima renal, ya que la causa obstructiva que esté originando esa dilatación, genera una elevación progresiva y mantenida de la presión en la vía urinaria, lo que conllevará a una disminución del flujo sanguíneo intrarrenal. Cuanto más prolongada y severa sea la obstrucción urinaria, mayores serán los trastornos funcionales de ese riñón hidronefrótico.<sup>12</sup>

##### **DIAGNÓSTICO**

##### **HIDRONEFROSIS PRENATAL**

La ecografía de la gestante puede utilizarse para conocer la edad gestacional del feto, para conocer también el estado de bienestar del mismo, especialmente en aquellos embarazos de alto riesgo, para el diagnóstico precoz de malformaciones congénitas, tanto en gestaciones normales como en aquellas madres con antecedentes familiares de defectos congénitos del desarrollo. La mayoría de las malformaciones urológicas suelen ser obstructivas, especialmente frecuentes en

---

<sup>12</sup> Rivilla F, Soto MC, García J. Hidronefrosis perinatal. Diagnóstico y tratamiento. Clin Ur Com [Internet]. 2010 [citado 20 jul 2017]; 9: 197-214. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR0202110197A/1344>

<sup>13</sup> Schaffer A, Avery ME, Markowitz M, Finberg L. Enfermedades del recién nacido. 6 ed. Barcelona: Médica Panamericana; 1993. p. 417 – 426.

varones, o pueden ser ectasias no obstructivas, casi siempre relacionadas con un reflujo vesicoureteral, o también pueden ser lesiones quísticas y agenesias renales.

En un feto normal la vejiga puede visualizarse con el transductor ecográfico sobre el abdomen de la gestante desde la semana 14 de gestación, así como los riñones, aunque éstos son mejor visualizados a partir de la semana 18. De esta manera cuando la vejiga no puede ser vista en estas semanas, se debe pensar en algún trastorno de la función renal del feto, en especial, cuando esta situación se asocie a oligoamnios. En condiciones normales el uréter no suele visualizarse a lo largo de toda la vida fetal, de tal manera que cuando éste se encuentra visible ecográficamente en el abdomen fetal, se debe pensar en una malformación relacionada con el tracto urinario inferior.

Otro dato ecográfico de vital importancia, para el diagnóstico de las malformaciones genitourinarias en el feto, es la determinación de la cantidad de líquido amniótico. Durante el primer trimestre del embarazo, el líquido procede en su mayoría del trasudado del plasma materno, a través de la membrana corial de la placenta, sin embargo, a partir de la semana 18, la mayoría del líquido amniótico procede de la orina emitida por el feto. Por esta razón, la obstrucción severa del tracto urinario inferior o la agenesia renal bilateral producirá un oligoamnios severo o incluso un anhidramnios.

Aunque la hidronefrosis es el hallazgo ecográfico más frecuente encontrado en los fetos con alteraciones estructurales genitourinarias, ésta debe diferenciarse de otras dilataciones renales no obstructivas tales como el reflujo vesicoureteral, el riñón multiquístico o las asas dilatadas de intestino delgado.<sup>12</sup>

## DIAGNÓSTICO DE HIDRONEFROSIS NEONATAL

El diagnóstico por imagen, deberá iniciarse en las primeras horas de vida, comenzando habitualmente, por la realización de una ecografía abdominal, y completándose, posteriormente y dependiendo del diagnóstico de sospecha inicial, con el resto de las pruebas de imagen más habituales como, la urografía intravenosa, o la uretrocistografía miccional.

La ecografía abdominal deberá realizarse en las primeras horas de vida, cuando el neonato tenga un diagnóstico prenatal de hidronefrosis bilateral, pudiéndose demorar durante unos días cuando la sospecha fuera de hidronefrosis unilateral. Cuando se realiza esta exploración, deberá visualizarse los parénquimas renales, para medir meticulosamente la corteza renal y las cavidades de los sistemas colectores intrarrenales en diversas proyecciones, la hidronefrosis podrá graduarse de acuerdo a la siguiente tabla, según la clasificación realizada por la Sociedad Internacional de Urología Fetal.<sup>12</sup>

## Grados Ecográficos de Hidronefrosis

Grado 0	No dilatación de la pelvis renal
Grado 1	Dilatación pélvica intrarrenal
Grado 2	Dilatación pélvica extrarrenal Sin dilatación calicial
Grado 3	Dilatación de la pelvis y los cálices sin adelgazamiento cortical
Grado 4	Dilatación de la pelvis y los cálices con adelgazamiento cortical

## ETIOLOGÍA

Las causas que producen hidronefrosis, por orden de frecuencia son:

- La estenosis de la unión pieloureteral (64%)

Esta es la causa más frecuente, habitualmente es secundaria a un estrechamiento fibrótico de esa unión entre la pelvis renal y el uréter, o más raramente puede ser secundaria a una estenosis extrínseca producida por un vaso renal anómalo, que irriga el polo inferior renal. Esta malformación puede presentarse de forma bilateral en el 20% de los casos aproximadamente y el grado de afectación renal, depende de la intensidad de la estrechez, así como de la elasticidad de la pelvis renal.

- La estenosis de la unión ureterovesical (13.5%)

No es raro encontrar en el recién nacido lesiones obstructivas en la uretra posterior, en el orificio uretral de la vejiga o cerca del mismo.

- El reflujo vesicoureteral (9%)

Ocurre cuando la orina retrocede de manera anormal desde la vejiga por los uréteres (conductos delgados que conectan los riñones con la vejiga). Al retroceder, la orina llega a los riñones y esto puede causar infección, cicatrices e, incluso, daño hepático a largo plazo si no se trata.

- El riñón multiquístico (4.5%)

Aunque el riñón multiquístico, es la causa más común de masa abdominal en el neonato, es la etiología con la que más confusión puede existir en el diagnóstico diferencial de una estenosis pieloureteral neonatal. Estos riñones carecen prácticamente de parénquima, y cuando predominan escasos quistes, pueden semejar dilataciones hidronefróticas, sugestivas de estenosis de la unión.

- Las válvulas de uretra posterior (2%)

Esta malformación consiste en la existencia en la uretra prostática, de unos pliegues mucoso hipertróficos, localizados en su pared posterior habitualmente, y que obstruyen la salida de la orina desde la vejiga.

- Raramente el ureterocele

Es una dilatación quística del uréter intramural, habitualmente obstructiva, en algunas situaciones su localización puede ser ectópica, es decir, extravesical.

- La vejiga neurógena y otras malformaciones. <sup>12</sup>

## TRATAMIENTO

### HIDRONEFROSIS PRENATAL

La vesicostomía o la pielotomía, o la colocación percutánea de un shunt vesicoamniótico en el feto, han sido las técnicas más utilizadas, en este tipo de pacientes, en especial en fetos con válvulas de uretra posterior y oligoamnios severo. Esta maniobra queda completamente descartada en los casos de hidronefrosis fetal unilateral. Sin embargo, y a pesar de todos los esfuerzos clínicos, es el volumen de líquido amniótico el principal de los factores a tener en cuenta, cuando se habla de pronóstico postnatal.

En el futuro, deberán de diseñarse estudios comparativos de la intervención fetal en diversas instituciones, para aclarar con más exactitud los beneficios reales de estos tratamientos y llegar a instaurarse, si están indicados, en la mayoría de los centros con experiencia, en el tratamiento de pacientes con malformaciones urológicas. <sup>12</sup>

### HIDRONEFROSIS NEONATAL

Deberá remitirse al paciente a un centro que disponga de una buena coordinación, entre obstetras, neonatólogos y urólogos pediátricos, para iniciar desde las primeras horas de la vida postnatal las diferentes medidas diagnósticas que conduzcan a conclusiones etiológicas y terapéuticas precoces.

Al nacimiento el paciente debe de ser explorado meticulosamente de forma general y por aparatos, con el objetivo principal, de descartar la coexistencia de malformaciones asociadas no identificadas prenatalmente y de manera especial el abdomen para la identificación de masas, que pudieran sugerir la existencia de un riñón multiquístico o de una estenosis pieloureteral importante.

La función renal debe de ser monitorizada, con mediciones periódicas de la creatinina sérica, en especial en aquellos casos con hidronefrosis bilateral.

La indicación para el tratamiento quirúrgico será, cuando el riñón subobstruido, alcance una función renal diferencial en la gammagrafía menor del 35-40%, en relación con la función renal global del paciente.

Es importante la corrección de las desviaciones hidroelectrolíticas, posteriormente y tras realizar los estudios de imagen, entonces se procederá a la resección endoscópica o una vesicostomía suprapúpica. <sup>12</sup>

## PRONÓSTICO

Casi la mitad de los fetos diagnosticados de hidronefrosis durante la gestación, evolucionarán hacia la normalidad antes del momento del parto y aproximadamente en un 70% de ellos, la hidronefrosis habrá desaparecido, después de un promedio de seguimiento de 4 años, por todo ello, la hidronefrosis unilateral moderada del recién nacido, representa en la mayoría de los casos, una obstrucción temporal evolutiva y que sólo requiere vigilancia durante la vida postnatal.

La cooperación entre el obstetra, el neonatólogo y el urólogo pediátrico es esencial desde el momento del diagnóstico de sospecha de hidronefrosis fetal, no sólo para llegar a un diagnóstico precoz o para instaurar medidas terapéuticas tempranas e idóneas, sino que también es esencial para disminuir la tremenda carga de ansiedad que se genera en los padres a los que se les informa durante la gestación de que el feto es portador de una posible malformación genitourinaria.

Esta cooperación no sólo contribuirá a mejorar el pronóstico final de ese paciente, sino a mantener un soporte emocional sobre los padres, y que contribuyan también con su entusiasmo a la mejora en el estado general de su hijo mediante la aceptación y colaboración sobre el tratamiento. <sup>12</sup>

## 4.5. ASPECTOS GENERALES DE PEDIATRÍA

La pediatría estudia la salud de los lactantes, niños y adolescentes, su desarrollo y crecimiento y sus posibilidades para desarrollarse plenamente como adultos. Los pediatras asumen la responsabilidad de la evolución física, mental y emocional de los niños desde la concepción hasta la madurez, por tanto, deben preocuparse también por los factores sociales y ambientales que influyen en la salud y el bienestar de los niños y de sus familias, de la misma forma que se preocupan por los distintos órganos y procesos biológicos.

La pediatría surgió como especialidad médica hace más de un siglo, cuando la sociedad comprendió que los problemas de salud infantiles difieren de los de la edad adulta y que la respuesta del niño al estrés y a la enfermedad varía con la edad. El ámbito de esta disciplina y sus objetivos se hallan en continuo cambio, pero se mantiene la validez de estas observaciones básicas.

Los problemas de salud de los niños varían en los distintos países del mundo, según diversos factores, a menudo interrelacionados. Entre ellos destacan: 1) la prevalencia y ecología de los agentes infecciosos y de sus huéspedes; 2) el clima y la geografía; 3) los recursos y prácticas agrícolas; 4) el contexto educativo, económico, social y cultural; 5) el nivel de industrialización y urbanización, y 6) en muchos casos, las frecuencias de los genes de determinados trastornos.

A comienzos del siglo XX un mejor conocimiento de la nutrición comienza a complementar las medidas de control de las enfermedades infecciosas en los países industrializados. Se desarrollan clínicas públicas para el bienestar de los niños de familias con bajos recursos económicos. La atención se dirigió no sólo a las infecciones agudas y a las alteraciones crónicas relacionadas con el déficit de calorías, vitaminas, minerales o proteínas, sino también a los trastornos nutritivos y metabólicos agudos asociados a la diarrea aguda.

La introducción de los agentes químicos antibacterianos y de los antibióticos modificó enormemente las perspectivas de salud de los niños. Después de lograr un mejor control de las enfermedades infecciosas gracias a la prevención, al tratamiento y a otros avances científico – técnicos, la medicina pediátrica se interesó cada vez más por los procesos que afectaban a un número relativamente pequeño de niños, y que incluían tanto los trastornos potencialmente mortales como aquéllos que podían causar discapacidades transitorias o permanentes y que abarcan la leucemia, la fibrosis quística, las enfermedades neonatales, las cardiopatías congénitas, el retraso mental, los defectos genéticos, los procesos reumáticos, las enfermedades renales y las alteraciones metabólicas y endocrinas.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría. [Internet]. 17 ed. España: Elsevier; 2006. [citado 22 jul 2017]. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=6a\\_ILbxRKwkC&pg=PA125&dq=lactante+menor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiz7KSNi4bXAhUM4yYKHRcjC3kQ6AEIMTAC#v=onepage&q=lactante%20menor&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=6a_ILbxRKwkC&pg=PA125&dq=lactante+menor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiz7KSNi4bXAhUM4yYKHRcjC3kQ6AEIMTAC#v=onepage&q=lactante%20menor&f=false)

#### 4.6. LACTANTE MENOR

Durante el primer año de vida el crecimiento físico, la maduración, la adquisición de competencias y la reorganización psicológicas se producen en forma de brotes discontinuos. Estos cambios modifican cualitativamente la conducta y las relaciones sociales de los niños. Éstos adquieren nuevas competencias en los dominios motor grueso, motor fino, cognitivo y emocional.

Hacia los dos meses, la aparición de sonrisas voluntarias (sociales) y el mayor contacto ocular marcan un cambio en la relación padres – hijo, que resalta la sensación de aquéllos de ser amados. Durante los meses siguientes la gama de control motor y social y la participación cognitiva del lactante de forma espectacular. La regulación mutua adopta la forma de intercambios sociales complejos. <sup>14</sup>

Desarrollo durante los dos primeros años de vida:

Hito	Edad media (meses)	Implicaciones para el desarrollo
<b>Motor grueso</b>		
Cabeza firme, sentado	2.0	Permite más interacción visual
Empuja para sentarse, no retraso de la cabeza	3.0	Tono muscular
Junta las manos en la línea media	3.0	Descubrimiento de sí mismo
Desaparece el reflejo cervical tónico asimétrico	4.0	El niño puede inspeccionar las manos en la línea media
Se sienta sin soporte	6.0	Aumenta la exploración
Rueda de prono a supino	6.5	Flexión del tronco, riesgo de caídas
Camina solo	12.0	Exploración, control de proximidad a los padres
Corre	16.0	Supervisión más difícil
<b>Motor fino</b>		
Coge el sonajero	3.5	Uso de objeto
Extiende para coger objetos	4.0	Coordinación visual – motora
Desaparece la prensión palmar	4.0	Suelta voluntariamente
Transfiere objetos de una mano a otra	5.5	Comparación de objetos
Prensión pulgar – otro dedo	8.0	Capaz de explorar objetos pequeños



Pasa páginas de libro	12.0	Más autonomía durante el tiempo con libros
Garabatea	13.0	Coordinación visual – motora
Construye torres de dos cubos	15.0	Usa objetos en combinación
Construye torres de seis cubos	22.0	Requiere coordinación visual y motora, grosera y fina
<b>Comunicación y lenguaje</b>		
Sonríe en respuesta a cara, voz	1.5	Participación social más activa
Baluceo monosilábico	6.0	Experimentación con sonidos, sensación táctil
Inhibe a respuesta <no>	7.0	Respuesta a tonos (no verbales)
Sigue orden de un paso con gesto	7.0	Comunicación no verbal
Sigue orden de una etapa sin gesto	10.0	Lenguaje receptivo verbal
Pronuncia primera palabra real	12.0	Comienza a etiquetar
Pronuncia 4-6 palabras	15.0	Adquisición de nombres de objetos y personas
Pronuncia 10-15 palabras	18.0	Adquisición de nombres de objetos y personas
Pronuncia frases de dos palabras	19.0	Comienza gramatización, corresponde a vocabulario con al menos 50 palabras
<b>Cognitivo</b>		
Fija momentáneamente la mirada en el punto donde desapareció el objeto	2.0	Falta de permanencia de objeto (fuera de la vista, fuera de la mente)
Fija la mirada en su propia mano	4.0	Descubrimiento de sí mismo, causa y efecto
Entrechoca dos cubos	8.0	Comparación activa de objetos
Descubre el juguete (después de buscarlo)	8.0	Permanencia de objetos
Finge juego egocéntrico (p. ej. Finge que bebe de vaso)	12.0	Comienza pensamiento simbólico
Usa una varilla para alcanzar el objeto	17.0	Capaz de relacionar acciones con solución de problemas
Finge juego con muñeca (le da el biberón)	17.0	Pensamiento simbólico

## 5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

#### Ficha de Identificación:

Nombre: K. H. C Género Femenino Expediente: 843604  
Edad: 2 meses 18 días Fecha de nacimiento: 18 marzo de 2017  
Servicio: UCIN Cuna: 484  
Nombre del padre: A. H. G. Edad: 26 años  
Escolaridad: Secundaria incompleta Ocupación: Tapicero  
Nombre de la Madre: V. A. C. M. Edad: 24 años  
Escolaridad: Secundaria completa Ocupación: Estilista

Ingreso familiar mensual 6,500 Derechohabiente a alguna institución de salud No

Diagnóstico médico: Síndrome de Berdon

#### ANTECEDENTES

##### Antecedentes Heredofamiliares:

Madre de 24 años de edad, refiere estar sana. Padre de 26 años de edad, sano. Tabaquismo y toxicomanías negadas en ambos casos. Tiene un hermano aparentemente sano; masculino de 6 años de edad, abuela materna falleció de cáncer de hígado.

##### Antecedentes personales no patológicos:

El baño es diario, desde su ingreso al hospital sus padres están al pendiente de ella, no está en contacto con enfermos infectocontagiosos, hacinamiento negado, zoonosis negada, los padres están al pendiente, se interesan por el bienestar y tratamiento de su hija, lleva tratamiento médico desde su nacimiento en la unidad de cuidados intensivos, alergias negadas.

Originarios del estado de México, actualmente residen en Nezahualcóyotl. La vivienda cuenta con techo y paredes de concreto, el piso es de cemento, donde habitan 4 personas, cuentan con todos los servicios: luz, toma de agua independiente, gas, drenaje, servicios necesarios (televisión, radio, microondas, refrigerador, lavadora, secadora), adecuada iluminación y ventilación.

##### Antecedentes prenatales

Madre de 24 años de edad, gesta 2, llevó control prenatal, total de 6 consultas, ácido fólico a partir del 2 trimestre, hierro y multivitaminas a partir de los 2 meses de embarazo, tabaquismo y alcoholismo negados.

Fecha de nacimiento: 18 de marzo de 2017, cesárea, anestesia bloqueo epidural, lloró al nacer, capurro: 38 semanas de gestación, peso: 3.160, talla: 51 cm.

### **Antecedentes patológicos**

Por medio de ultrasonografía (USG) a los 6 días le diagnostican hidronefrosis; disminución de dimensiones al despinzar, vejiga con bordes lobulados, sugerente, vejiga neurogénica (la cual es descartada).

Refiere madre que, a pesar de llevar control prenatal, no le realizaron examen de orina, ultrasonido, ni chequeo ginecológico durante el embarazo.

30 de marzo de 2017. Se realiza doppler renal, hay aumento de la eco seguridad renal bilateral, diagnostican Hidronefrosis renal bilateral.

07 de abril de 2017. Se le realiza laparotomía y descompresión intestinal, se encontró malformación intestinal, microcolon, apéndice en mesogastrio.

12 de mayo de 2017. Se realizó ultrasonografía de Hígado: Alteración en hígado y vías biliares.

### **Padecimiento Actual**

Paciente femenino en el Hospital Infantil de México Federico Gómez de 2 meses, 18 días de vida, con diagnóstico de Hidronefrosis Bilateral y microcolon, presenta retención de azoados, realizaron serie esofágica gastroduodenal que no pasa contraste más allá de nivel yeyunal, niega presencia de evacuaciones, abdomen globoso, peristalsis disminuida. Instalación de catéter arrow 2Fr en subclavia izquierda el 3 de junio de 2017 y se diagnostica con Síndrome de Berdon.

<b>Medicamentos</b>	<b>Dosis y vía de administración</b>	<b>Frecuencia</b>
Vitamina K	5mg Intravenosa	Cada 24 horas
Vitamina E	50 UI Vía Oral	Cada 24 horas
Ácido Ursodesoxicólico	36mg Vía Oral	Cada 12 horas
Spanplex (multivitamínico)	1ml Vía Oral	Cada 24 horas
Amoxicilina	70mg por Sonda de gastrostomía	Cada 24 horas

## 5.2. VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS

### 1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Frecuencia cardiaca: 152 frecuencia respiratoria: 42 tensión arterial: 83/44 (58)

Saturación de Oxígeno: 97%

Características de pulso: Adecuado en ritmo e intensidad  
Respiración adecuada, sin dispositivos, a aire ambiente

Llenado capilar: 2 segundos ritmo cardiaco: adecuado

### VALORACIÓN DE SILVERMAN

PUNTUACIÓN	0	1	2
Movimientos Toracoabdominales	Ausente	Discreto	Intenso
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Intenso
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Intenso
Aleteo Nasal	Ausente	Discreto	Intenso
Quejido respiratorio	Ausente	Discreto	Intenso

Resultado: 4 puntos

Presencia de:

Sistema circulatorio	Si	No	Sistema Respiratorio	si	No
Soplos		X	Disnea		X
Distensión venosa yugular		X	Estertores		X
Piel Marmórea		X	Tos		X
Cianosis		X	Disfonía		X
Diaforesis		X	Estridor laríngeo		X
Palpitaciones		X			
Lipotimia		X			
Vértigo		X			

PULSOS	DÉBIL	NORMAL	SALTÓN	AUSENTE
Carotideo		X		
Braquial		X		
Radial		X		
Femoral		X		
Pedial dorsal		X		

Oxígeno terapia	P. Nasaes	Casco cefálico	Mascarilla	CPAP Nasal	Ventilación Mecánica
Si ( ) No(X )					

Por indicación médica requiere puntas nasales intermitente a 0.5L x', sólo cuando la saturación de oxígeno se encuentra por debajo del 85%.

## BIOMETRÍA HEMATICA

SERIE BLANCA	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
Leucocitos	13.80	10 <sup>3</sup> / uL	4- 11
Neutrófilos	66.00	%	35 – 57
Bandas	4.00	%	0 – 3
Linfocitos	27.00	%	25 – 45
Monocitos	3.00	%	1 – 10
Eosinofilos	0.00	%	0 – 3
Basófilos	0.00	%	0 – 2
Neutrófilos	6.66	10 <sup>3</sup> / uL	4.5 - 7.5
Linfocitos	6.43	10 <sup>3</sup> / uL	1 – 4.8
Monocitos	0.71	10 <sup>3</sup> / uL	0.1 – 0.8
Eosinofilos	0.00	10 <sup>3</sup> / uL	0.1 – 0.45
Basófilos	0.00	10 <sup>3</sup> / uL	0 – 0.2
<b>SERIE ROJA</b>			
Eritrocitos	3.45	10 <sup>6</sup> / uL	3.92 – 6.2
Hemoglobina	10.70	g / dl	12 – 18
Hematocrito	31.8	%	37 – 47
V.C.M	92.20	Fl	81 – 99
H.C.M	31.00	pg	27.5 – 33.2
<b>PLAQUETAS</b>			
Plaquetas	243.00	10 <sup>3</sup> / uL	145 – 450
V. M. P	10	Fl	7.4 – 10.4

Observaciones: leucocitosis, neutrofilia, plaquetas normales.

## 2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Peso: 4.150kg Talla: 58cm P.C. 35cm P.A. 37cm Glicemia: 97mgdl

### Características De:

Piel: Ictérica Cabello: corto, negro y delgado Uñas: rosadas Mucosas Orales: hidratadas

Lengua: rosada Labios: centrados Faringe: central Dentadura: encías lisas, sin dentición

Presencia De:

Anorexia	Si	No	Dolor gástrico intestinal	Si	No
Vomito		X	Distensión abdominal		X
Pirosis		X	Heridas	X	
Polidipsia		X	Disfagia		X
Regurgitaciones		X	Visibilidad de asas intestinales		X
Incapacidad para succionar		X			

Alimentación por vía oral NO Alimentación Nutrición Parenteral

Come solo No aplica

Intolerancia y alergias alimentarias ninguna

Infusión de líquidos Intravenosos

Soluciones P.M.V.P	Soluciones de Base	Nutrición Parenteral	Transfusión Hemáticos	Soluciones coloides
		Volumen total 571.5ml 23.81ml/hr pp		

NUTRICIÓN PARENTERAL:

Componente	Unidad	ml
Glucosa	68.5gr	37.1ml
Lípidos	15.2gr	76.2ml
NaCl	3.1meq	0.78ml
KPO4	8.3meq	4.1ml
GluCa	1.77meq	3.81ml
MgSO4	1.54meq	1.9ml
Tracefusin		2.2ml
MVI	3.25g	
Heparina	5UI	
Kcal totales	438.9	
Carbohidratos	53.3%	
Proteínas	11.8%	
Lípidos	34.85%	

CICLADO DE NPT	INICIO A LAS 16:00HRS
Primer Descanso	16-17hrs para pasar 19ml/hr
Segundo descanso	17-18hrs para pasar 9.5ml/hr

Hora cero	18-20hrs sin pasar NPT
Primer ascenso	20-21hrs para pasar 9.5ml/hr
Segundo ascenso	21-22hrs para pasar 19ml/hr
Flujo máximo	22-16hr 28.6ml/hr

Alteraciones de peso: si, se encuentra en el percentil 5 (bajo peso, anexo página 110)

Acceso venoso: catéter venoso central Sitio de inserción: subclavia izquierda

Presencia de edema no

### 3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

#### ABDOMEN

<b>Inspección</b>	Batea	Normal	Distendido X
<b>Palpación</b>	Blando	Depresible X	Tenso
<b>Percusión</b>	Timpánico X	Mate	

Eliminación intestinal Sí, por ileostomía Frecuencia constante

Alteraciones en la eliminación intestinal: Diarrea si Estreñimiento no

Uso del WC no Uso de pañal si Cómodo no

CÓDIGO DE EVACUACIONES				
Color	Consistencia	Olor	Fenómenos acompañantes	Número de evacuaciones
<b>Am</b> = amarillo <b>v</b> = verde <b>c</b> = café <b>Ac</b> = acólico meconial	<b>l</b> = líquida <b>s/l</b> = semilíquida <b>p</b> = pastosa <b>s/p</b> = semipastosa	Fétido <u>Alcalino</u> Agrio Ácido	<b>c/s</b> = con sangre <b>c/m</b> = con moco <b>c/g</b> = con grumos	Constantemente por la ileostomía

Eliminación Urinaria: Sonda de cistostomía (en hipogastrio).

Presencia De:

	Si	No		Si	No
Halitosis		X	Goteo y salida de orina		X
Flatulencias		X	Disuria		X
Masa rectal palpable		X	Poliuria		X
Esfuerzo al defecar		X			

Constipación		X	Hematuria		X
Dolor al evacuar		X	Proteinuria		X
Urgencia p/defecar		X	Glucosuria		X
Fisura		X	Nicturia		X
Incontinencia fecal		X	Incontinencia urinaria		X

Orina durante el día: 150ml

#### 4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Movimientos de acuerdo a su edad	Si	No	Coordinación Voluntaria	Si	No
Falta de energía: Debido a ruidos externos e iluminación	X		Tono muscular	X	
Postura adecuada de pie		NV	Presencia de temblores		X
Fuerza Muscular		X	Ritmo de Movimientos	X	
Postura adecuada sentado		X	Movimientos incontrolados		X
Debilidad Muscular		X	Estado de postración		X
Postura adecuada acostado: Debido a los dispositivos como sonda de ileostomía, gastrostomía y cistostomía.		X	Estado depresivo		X
Sobre excitación		X			

Deambulación: no.

Observación: Mantiene postura fetal, debido a los diversos dispositivos que tiene la paciente (sonda de cistostomía, ileostomía, sonda de gastrostomía).

La falta de energía es porque no ha descansado, ya que hay estímulos externos como: ruido, iluminación y realización de procedimientos de enfermería cuando la paciente está descansando.

#### 5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Sueño y características

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Cansancio	X		Postura de cansancio	X	
Temblor de manos		X	Expresión vacía		X
Ojeras	X		Confusión		X



Edema palpebral		X	Habla pausada		X
Enrojecimiento de conjuntivas		X	Sueño discontinuo	X	
Bostezos	X		Falta de concentración		X
Irritabilidad	X		Insomnio		X

Hábitos para dormir. Baño si Ingesta de leche no Ingesta de Té no

Lectura no Manta para dormir no Muñeco no otros música

Utiliza fármacos para dormir no

## 6. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Temperatura: 37.1

Axilar x Rectal   

Presencia de	Si	No
Eutermia	X	
Hipertermia		X
Hipotermia		X
Distermia		X

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Diaforesis		X	Taquicardia		X
Escalofríos		X	Bradycardia		X
Piel fría		X	Acrocianosis		X
Piel húmeda		X			
Piel caliente		X			

Condiciones del entorno físico Sala de terapia intermedia, cuna apagada, mueble pequeño para colocar las cosas personales, hay una silla, entorno ordenado y adecuada ventilación.

Utilización de calentadores Cuna de calor radiante apagada.

## 7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: no aplica, sus padres la ayudan a vestirse

Presencia de	Si	No
Desinterés		X
Rechazo		X
Vestido incompleto		X
Vestido sucio		X
Vestido inadecuado		X

Autónomo    Ayuda Parcial    Ayuda Total x

Observaciones: Es dependiente, necesita que la cambien y la vistan.

## 8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Higiene: hay adecuada higiene      Higiene General: sus padres la bañan diario

Estado de Piel: no integra

Ictericia: x Integrada/Hidratada: x Palidez:    Deshidratada:   

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Heridas	X		Pápulas		X
Ulceras		X	Mapulas		X
Hematomas		X	Cicatrices	X	
Petequias		X	Manos húmedas		X
Equimosis		X	Vesículas		X

Pérdida de la integridad cutánea sí.

Describir tiene diversos dispositivos invasivos; cistostomía en hipogastrio, gastrostomía en flanco izquierdo, ileostomía en fosa ilíaca derecha.

Lesiones por presión si Estadio I x II    III    IV   

Lesión en zona periestomal de la cistostomía (hipogastrio).

## 9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS:

Días de hospitalización: 88 días      Integridad Neuromuscular: si Ansiedad: no

Falta de Habilidades de Afrontamiento: los padres están informados y son conscientes de los peligros del entorno, mantienen su entorno ordenado, se toman medidas para la prevención de caídas, se mantiene en continua vigilancia.

Capacidad de autoprotección: no

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Tensión muscular		X	Crisis convulsivas		X
Postura rígida		X	Enojado		X
Conducta violenta		X	Expresa temor o miedo		X
Inquieto	X				
Triste		X			
Llanto continuo		X			

Exposición frecuente a procedimientos invasivos si, tiene diversas sondas para drenaje (sonda de cistostomía, gastrostomía, ileostomía), catéter venoso central en subclavia izquierda.

La cama cuenta con barandales la paciente permanece en cuna de calor radiante apagada, acompañado de mamá o papá.

Recibe visita de ambos padres si El niño (a) demanda la visita de alguien en específico no

El cuidador primario como responde ante situaciones de estrés: se mantiene en estado de tranquilidad, es consciente de su diagnóstico y pronóstico.

Dolor: Facies de dolor si Manifestación verbal del dolor no

Escala de dolor utilizada: Susan Givens Bell

Escala de valoración del dolor en Neonatología © 1993-1994 Susan Givens Bell:

	ESCALA		
SIGNOS CONDUCTUALES	2	1	0
1. Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5-10 minutos	Duerme más de 10 minutos
2. Expresión facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calmado, relajado
3. Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o la actividad disminuida	Normal
4. Tono global	Hipertonicidad fuerte o hipotonicidad, flácido	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Normal
5. Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo dentro de 1 minuto

6. Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja
SIGNOS FISIOLÓGICOS	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
7. Frecuencia Cardíaca	> 20% aumento	10-20% aumento	Dentro de la normalidad
8. Presión arterial (sistólica)	>10 mm. Hg. de aumento	10 mm. Hg. de aumento	Dentro de la normalidad
9. Frecuencia Respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad
10. SaO <sub>2</sub>	>10% de aumento de FiO <sub>2</sub>	£ al 10% de aumento de FiO <sub>2</sub>	Ningún aumento en FiO <sub>2</sub>
Se considerará arbitrariamente que un neonato con una valoración de 0-5 tiene un control del dolor adecuado.			
Total de puntos obtenidos			5 puntos

#### 10. NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Nivel De Conciencia: activa, reactiva a estímulos externos

Orientación (persona, tiempo y espacio), especificar: no aplica

Visión: Normal si Deficiente no Ceguera no Utilización de anteojos no

Oído: Normal si Deficiente no Sordera no Prótesis no

#### 11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

Actitud religiosa de los padres/tutores, especificar: es aplicado a los padres, son católicos. Demanda de servicios religiosos para el niño no

Mitos y creencias de los padres/tutores relacionados con el cuidado de la salud: le piden a dios por la salud de su hija, son conscientes de su pronóstico.

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar: apoyo emocional.

## 12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

No aplica en la paciente

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Dificultad para concentrarse y expresarse		X	Llanto		x
Cambios en el estado de animo		X	Incapacidad para llorar		x
Cólera		X	Rechazo al padre o tutor		X
Sentimiento de tristeza		x	Dificultad de participación		X
Introversión		X	Extroversión		x
Extroversión		x			

## 13. NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Lectura no Televisión no Manualidades no Juegos Didácticos no

Juegos de Mesa no Otros le gusta escuchar música.

## 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Aplicado a los padres: Conoce el motivo de ingreso: si

Observaciones: conocen su diagnóstico actual y su pronóstico, han platicado con el personal de salud acerca de su tratamiento, colaboran en algunos procedimientos.

## 6. EXPLORACIÓN CEFALOCAUDAL

### SOMATOMETRÍA Y SIGNOS VITALES

Peso: 4.150 kg percentil 5 identificación de problemas: Se encuentra por debajo del peso normal (anexo página 110).

Talla: 58 cm percentil: 50 identificación de problemas: Se encuentra dentro de la talla normal (anexo página 111).

PA: 37 cm

PC: 35 cm

### SIGNOS VITALES

Frecuencia cardíaca: 152 percentil: 50 (148)

Frecuencia respiratoria: 42 percentil: 31 (+/- 8)

Presión arterial: 83/44 percentil: 50 (90/50)

Temperatura: 37.1 Saturación de oxígeno: 97%

<b>Habitus exterior</b>	Lactante menor femenino, edad aparente a la cronológica, en posición fetal, activa, reactiva a estímulos externos, consciente, ropa acorde a clima y sexo, aseada, constitución media, ectomórfica, irritable al manejo, infusiones por catéter venoso central en subclavia izquierda, con herida quirúrgica en abdomen (cistostomía), con sonda para uresis, sonda de gastrostomía para alimentación e ileostomía. Se mantiene en vigilancia continua, estricto balance hídrico.
<b>Cabeza</b>	Cráneo normo céfalo (perímetro cefálico 35 cm), presencia de suturas, fontanela anterior y posterior blanda, plana y pulsátil, cabello bien implantado, escaso, negro, corto y delgado, frente pequeña, pulso temporal adecuado en intensidad y ritmo, cejas simétricas, párpados bien situados, pestañas curvas hacia afuera, conjuntivas rosadas y brillantes, conjuntiva bulbar limpia y transparente, ojos simétricos, pequeños, esclerótica amarilla, iris redondo y transparente, con pupilas isocóricas, color café, respuesta rápida a la luz, pabellón auricular bien implantado, oído externo normal, sin marcas inusuales, higiene adecuada, narinas permeables, nariz simétrica, dos orificios con presencia de cilios, pliegues nasolabiales simétricos, labios hidratados, rosados y firmes, mucosa oral hidratada, lengua rosada, amígdalas presente, del mismo color que la mucosa bucal, úvula en la línea media, encías lisas, sin dentición,

<p><b>Cuello</b></p>	<p>reflejo de succión presente.</p> <p>Cuello cilíndrico, corto sin alteraciones, tráquea central, pulsos parotídeos presentes, sin adenomegalias ni ingurgitación yugular, tono muscular adecuado.</p>
<p><b>Tórax</b> (Inspección, palpación, auscultación y percusión)</p> <p><b>Valoración cardíaca</b></p> <p><b>Valoración pulmonar</b></p>	<p>Tórax cilíndrico, se observa coloración ictericia (zona 2: ictericia hasta el ombligo, 6.89mg/dl, en escala de Kramer, anexo, página 109) , con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, sin estridor, respiración normal (frecuencia respiratoria de 42x), temperatura normal 37.1°C, catéter venoso central en subclavia izquierda (instalado el día 3 de junio de 2017), cubierto con apósito transparente sin sangrado ni datos de infección, piel integra, campos pulmonares ventilados, murmullo vesicular presente, auscultación pulmonar: sin estertores ni sibilancias, auscultación cardíaca: frecuencia cardíaca rítmica de buena intensidad (152x´), pulsos centrales y periféricos presentes de buen tono e intensidad.</p>
<p><b>Abdomen y órganos abdominales</b></p>	<p>Abdomen distendido (37 cm), piel lisa con adecuada coloración.</p> <p>En la auscultación: hipoperistalsis, se realiza percusión con ruido mate, abdomen depresible, sin dolor a la palpación. Presencia de cicatriz en hipogastrio derecho, debido a cirugía previa (laparotomía), cistostomía en hipogastrio, sonda para uresis, gastrostomía para alimentación en flanco izquierdo, ileostomía en fosa ilíaca derecha.</p>
<p><b>Genitales</b></p>	<p>Genitales fenotípicamente femeninos, labios menores y mayores acordes a edad y sexo.</p>
<p><b>Extremidades: Circulación, sensibilidad y movimiento</b></p>	<p>Manos y pies íntegros, pulsos periféricos y centrales presentes, de buen tono e intensidad, llenado capilar de 2 segundos, sin edema, reflejos de flexión, simétricos.</p>
<p><b>Piel y tegumentos:</b></p>	<p>Coloración ictericia (zona 2: ictericia hasta el ombligo, 6.89mg/dl, en escala de Kramer, anexo, página 109), temperatura adecuada (37.1°C), sin edema, piel no integra debido a los procedimientos realizados (cistostomía, gastrostomía e ileostomía), hidratada.</p>

## 7. MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
Necesidad de oxigenación	Se monitoriza la saturación de oxígeno (se mantiene en 97%), cuando es menor la saturación a 85% requiere de oxígeno intermitente (puntas nasales al 0.5%).	
Necesidad de nutrición e hidratación		Bajo peso para su edad (se encuentra en el percentil 5: anexo página 110), se alimenta con Nutrición Parenteral y sonda de gastrostomía.
Necesidad de eliminación		Tiene sonda de cistostomía, sonda de ileostomía.
Necesidad de moverse y mantener una buena postura		La mayor parte del tiempo se mantiene en cuna debido a los dispositivos que tiene (catéter, sondas, etc.).
Necesidad de descanso y sueño		Necesita oír música para dormir, debido a los estímulos externos del hospital se despierta (luz, ruido, realización de procedimientos).
Necesidad de termorregulación	Eutérmica, se lleva un control térmico, se mantiene en vigilancia.	
Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas		Requiere de la ayuda total de sus padres y del personal de salud.



Necesidad de higiene y protección de la piel		Requiere de la ayuda total de sus padres y del personal de salud, tiene diversos dispositivos invasivos (catéter, sondas, etc.) y lesiones en la piel debido a éstos (zona periestomal donde está la cistostomía).
Necesidad de evitar los peligros	Se mantiene en constante vigilancia y se toman las medidas universales para la prevención de caídas.	
Necesidad de comunicarse	Se encuentra activa, reactiva a estímulos externos.	
Necesidad de vivir según sus creencias y valores		Apoyo emocional por enfermería.
Necesidad de trabajar y realizarse		No aplica.
Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas		Requiere atención la mayor parte del tiempo, le gusta escuchar música.
Necesidad de aprendizaje	Los padres conocen su diagnóstico actual y su pronóstico, han platicado con el personal de salud acerca de su tratamiento, colaboran en algunos procedimientos.	

## 8. JERARQUIZACION DE NECESIDADES

<b>NECESIDAD</b>	<b>ESCALA PHANEUF</b>
1. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	6
2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	6
3. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	6
4. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO	6
5. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	6
6. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	6
7. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS	6
8. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	3

## 9. PLAN DE INTERVENCIONES

NOMBRE:                     KHC                     SERVICIO:           UCIN                      
 EDAD:   88 días   SEXO:   Femenino    
 DIAGNÓSTICO MÉDICO:   Síndrome de Berdon   FECHA:   7 de junio de 2017  

### NECESIDAD AFECTADA: ELIMINACIÓN

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DESEQUILIBRIO DE VOLÚMEN DE LÍQUIDOS R/C CISTOSTOMÍA, SÍNDROME DE BERDON M/P SALIDA DE ORINA INTERMITENTE, DISFUNCIÓN DEL DISPOSITIVO (SONDA DE CISTOSTOMÍA). GRADO DE DEPENDENCIA 6.

#### OBJETIVO:

Mantener un volumen adecuado de líquidos de la paciente durante el turno.

#### ENFERMERA:

Sustituta / compañera / ayuda

#### CAUSA DIFICULTAD:

Falta de fuerza / falta de conocimiento / falta de voluntad

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Realizar lavado de manos con agua y jabón (gluconato de clorhexidina) en los cinco momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Antes del contacto con el paciente.</li> <li>➤ Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.</li> <li>➤ Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS (infección asociada con la atención de la salud) y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Con ello hay una importante reducción de bacteriemia.</p> <p>Además, el refuerzo de las prácticas de higiene de manos permite controlar las epidemias en las instalaciones de atención de la salud.</p> <p>La higiene de manos puede realizarse usando jabón común o productos que incluyan agentes antisépticos. Estos últimos tienen la propiedad de inactivar microorganismos o inhibir su</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Después de tocar al paciente.</li> <li>➤ Después del contacto con el entorno del paciente.</li> </ul>		<p>crecimiento con espectros de acción diferentes. Los ejemplos incluyen alcoholes, gluconato de clorhexidina, derivados del cloro, yodo, cloroxilenol, compuestos de amonio cuaternario, y triclosán.<sup>15</sup></p>
<p>Valorar la condición de salud, de la paciente para brindar un cuidado óptimo, mediante las intervenciones de enfermería.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El propósito de la valoración es identificar los problemas del paciente con el fin de brindar una atención adecuada. Estos problemas son expresados ya sea como reales o potenciales.<sup>16</sup></p>
<p>Tomar signos vitales a la paciente: tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, con el fin de identificar si hay alguna alteración en ellos, realizando registros clínicos de enfermería.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Son la cuantificación de acciones fisiológicas, que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico.<sup>17</sup></p>
<p>Verificar que la paciente cuente con la hoja de enfermería para realizar el balance hídrico, cuantificar gasto urinario teniendo en cuenta las características de la uresis (amarillo ámbar), tener la probeta con graduación.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El seguimiento del balance hídrico mediante la medición del aporte y las pérdidas es, en esencia, la carta de navegación del manejo de los líquidos y signos clínicos.<sup>18</sup></p>

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: OMS; 2009. [citado 7 jul 2017]. p. 36. Disponible en: [http://cmas.siu.buap.mx/portal\\_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia\\_lavado\\_de\\_manos.pdf](http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf)

<sup>16</sup> Juall L. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 14 ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkinss; 2013. p. 254-395.

<sup>17</sup> Villegas J, Villegas OA, Villegas V. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Arch Med. [Internet]. 2012. [citado 7 jul 2017]; 12 (2): 223. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>

<sup>18</sup> Villalba JC. El manejo de los líquidos durante el período perioperatorio: racionalizar, individualizar y evaluar. Rev. Col. Anest. [Internet]. 2010. [7 jul 2017]; 38 (3): 310. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1951/195120019007.pdf>

<p>Valorar el gasto urinario en la paciente sea mayor a 0. 5ml/kg/día para identificar si hay alguna retención de líquidos.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El gasto urinario permite observar si hay alguna obstrucción en el flujo urinario, deshidratación y realizar un balance.</p> <p>Es importante cuantificar la diuresis para valorar si existe deshidratación o retención de líquidos con el correspondiente balance de líquidos. <sup>18</sup></p>
<p>Medir perímetro abdominal a la paciente, verificando que no haya distensión abdominal u alteraciones.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La medición se hace a nivel del ombligo. La circunferencia abdominal se utiliza para diagnosticar y monitorear lo siguiente: Acumulación de líquido en el abdomen, en su mayor parte causada por insuficiencia hepática o cardíaca, obesidad, acumulación de gases intestinales, en su mayor parte causada por bloqueo u obstrucción en los intestinos. <sup>16</sup></p>
<p>Identificar signos de retención hídrica (edema, gasto urinario menor).</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La intervención inmediata, correcta y eficaz de signos de desequilibrio hídrico es de gran importancia, debido a que se lleva un adecuado tratamiento. <sup>19</sup></p>
<p>Mantenimiento de la sonda de cistostomía en la paciente: -Colocación del sistema colector por debajo del nivel de la vejiga. -Medición de la sonda (externo 14cm) -Revisar el circuito para detección de fugas. -Evitar pinzamiento y desconexión del circuito.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El drenaje espontáneo de una sonda permite llevar un balance hídrico, observar que no haya retención de líquidos y el mantenimiento permite evitar infecciones. <sup>20</sup></p>

<sup>19</sup> Aljama P, Arias M, Caramelo C, Egido J, Lamas S. Nefrología Clínica. [Internet]. 3 ed. España: Editorial Médica Panamericana. 2008. [citado 10 jul 2017]. p. 52 Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=LfvX3WgYsNIC&pg=PA556&dq=hidronefrosis+bilateral&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjDnYXO3oXXAhWI5IMKHU0TDI8Q6AEIVDAJ#v=onepage&q=hidronefrosis%20bilateral&f=false>

<sup>20</sup> Gil M, Villata R. Uropatías obstructivas. AEP [Internet]. 2008. [citado 10 jul 2017]; 2 (4): 96. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_3.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_3.pdf)

-Evitar que el sistema colector llegue a su capacidad máxima.		
<p>Valorar zona periestomal de la cistostomía:</p> <p>-Identificar signos y síntomas de infección.</p> <p>-Curación de la zona periestomal con solución salina (posterior a la curación se debe mantener la piel seca).</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Una ostomía es aquella apertura que se realiza en un órgano hueco al exterior, hacia la pared abdominal, cuyo fin es eliminar los productos de desecho o introducir alimento al interior del organismo.</p> <p>Es muy importante que la piel periestomal permanezca del mismo color que la del resto del cuerpo. <sup>21</sup></p>
<p>Registrar en la hoja de enfermería y verificar el gasto urinario cada 24 horas.</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Es importante registrar en la hoja de enfermería las intervenciones realizadas con el fin de llevar una historia clínica y el seguimiento del paciente. <sup>16</sup></p>

**EVALUACIÓN:**  
 Se mantuvo un balance hídrico durante el turno, vigilando signos de edema, llevando un gasto urinario adecuado (1.5ml/kg/día) continuando en grado de dependencia 6, por la propia condición de estado de salud de la paciente.

<sup>21</sup> Arrianza P, Granados S, Martínez JF, Sánchez C. Técnicas básicas de enfermería. España: Editorial Paraninfo; 2013. p. 64-607.

## NECESIDAD AFECTADA: ELIMINACIÓN

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN R/C DEFECTO M/P FUGA DE LA ILEOSTOMÍA, HIPOPERISTALSIS. GRADO DE DEPENDENCIA 6.

### OBJETIVO:

Mantener una eliminación intestinal eficaz en la paciente durante el turno.

### ENFERMERA:

Sustituta / compañera / ayuda

### CAUSA DIFICULTAD:

Falta de fuerza / falta de conocimiento / falta de voluntad

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Realizar lavado de manos con agua y jabón (gluconato de clorhexidina) en los cinco momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Antes del contacto con el paciente.</li><li>➤ Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.</li><li>➤ Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.</li><li>➤ Después de tocar al paciente.</li><li>➤ Después del contacto con el entorno del paciente.</li></ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS (infección asociada con la atención de la salud) y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Con ello hay una importante reducción de bacteriemia.</p> <p>Además, el refuerzo de las prácticas de higiene de manos permite controlar las epidemias en las instalaciones de atención de la salud.</p> <p>La higiene de manos puede realizarse usando jabón común o productos que incluyan agentes antisépticos. Estos últimos tienen la propiedad de inactivar microorganismos o inhibir su crecimiento con espectros de acción diferentes. Los ejemplos incluyen alcoholes, gluconato de clorhexidina, derivados del cloro, yodo, cloroxilenol, compuestos de amonio cuaternario, y triclosán.<sup>15</sup></p>

<p>Valorar la condición de salud, de la paciente para brindar un cuidado óptimo, mediante las intervenciones de enfermería.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El propósito de la valoración es identificar los problemas del paciente con el fin de brindar una atención adecuada. Estos problemas son expresados ya sea como reales o potenciales. <sup>16</sup></p>
<p>Tomar signos vitales a la paciente: tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, con el fin de identificar si hay alguna alteración en ellos, registrando en la hoja clínica de enfermería.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Son la cuantificación de acciones fisiológicas, que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. <sup>17</sup></p>
<p>Verificar que la paciente cuente con la hoja de enfermería para realizar el balance hídrico, cuantificar las evacuaciones observando las características de éstas (color café, consistencia líquida), tener la probeta con graduación.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El seguimiento del balance hídrico mediante la medición del aporte y las pérdidas es, en esencia, la carta de navegación del manejo de los líquidos y signos clínicos. <sup>18</sup></p>
<p>Medir perímetro abdominal a la paciente, verificando que no haya distensión abdominal u alteraciones.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La medición se hace a nivel del ombligo. La circunferencia abdominal se utiliza para diagnosticar y monitorear lo siguiente: Acumulación de líquido en el abdomen, en su mayor parte causada por insuficiencia hepática o cardíaca, obesidad, acumulación de gases intestinales, en su mayor parte causada por bloqueo u obstrucción en los intestinos. <sup>16</sup></p>



<p>Cuidados de ileostomía en la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Medición del estoma (2cm).</li> <li>-Revisar el circuito colector, para detección de fugas.</li> <li>-Evitar que el sistema colector llegue a su capacidad máxima.</li> <li>-Cambiar el sistema colector cada 48 horas.</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>El drenaje espontáneo de una sonda permite llevar un balance hídrico, observar que no haya retención de líquidos y el mantenimiento permite evitar infecciones. <sup>20</sup></p>
<p>Valorar zona periestomal de la ileostomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar signos y síntomas de infección.</li> <li>-Curación de la zona periestomal con solución salina (posterior a la curación se debe mantener la piel seca).</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Una ostomía es aquella apertura que se realiza en un órgano hueco al exterior, hacia la pared abdominal, cuyo fin es eliminar los productos de desecho o introducir alimento al interior del organismo.</p> <p>Es muy importante que la piel periestomal permanezca del mismo color que la del resto del cuerpo <sup>21</sup></p>
<p>Realizar enemas con solución salina (25ml por turno).</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Los enemas evacuantes generalmente actúan de inmediato (15 a 20 minutos máximo), reblandecen las heces favoreciendo la extracción de la materia fecal, así como la evacuación de gases.</p> <p>Los enemas son los que se utilizan principalmente para eliminar las heces del colón. La irritación de la mucosa intestinal junto a su distensión provocada por el volumen introducido favorecen el peristaltismo intestinal. <sup>21</sup></p>
<p>Registrar en la hoja de enfermería el balance hídrico cada 24 horas.</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Es importante registrar en la hoja de enfermería las intervenciones realizadas con el fin de llevar una historia clínica y el seguimiento del paciente. <sup>16</sup></p>

**EVALUACIÓN:**  
Se mantuvo una eliminación intestinal adecuada durante el turno, vigilando signos de edema, continuando en grado de dependencia 6, por la propia condición de estado de salud de la paciente.

## NECESIDAD AFECTADA: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DISMINUCIÓN DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL R/C APORTE INSUFICIENTE DE NUTRIMENTOS M/P HIPOPERISTALSIS, DISTENSIÓN ABDOMINAL (37cm), AUMENTO DEL RESIDUO GÁSTRICO MÁS DE 20ml. GRADO DE DEPENDENCIA 6.

**OBJETIVO:** Mantener el aporte de nutrimentos de la paciente, disminuir la distensión abdominal, en el lapso del turno.

### ENFERMERA:

Sustituta / compañera / ayuda

### CAUSA DIFICULTAD:

Falta de fuerza / falta de conocimiento / falta de voluntad

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Realizar lavado de manos con agua y jabón (gluconato de clorhexidina) en los cinco momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Antes del contacto con el paciente.</li> <li>➤ Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.</li> <li>➤ Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.</li> <li>➤ Después de tocar al paciente.</li> <li>➤ Después del contacto con el entorno del paciente.</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS (infección asociada con la atención de la salud) y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Con ello hay una importante reducción de bacteriemia.</p> <p>Además, el refuerzo de las prácticas de higiene de manos permite controlar las epidemias en las instalaciones de atención de la salud.</p> <p>La higiene de manos puede realizarse usando jabón común o productos que incluyan agentes antisépticos. Estos últimos tienen la propiedad de inactivar microorganismos o inhibir su crecimiento con espectros de acción diferentes. Los ejemplos incluyen alcoholes, gluconato de clorhexidina, derivados del cloro, yodo, cloroxilenol, compuestos de amonio cuaternario, y triclosán.<sup>15</sup></p>

<p>Medir perímetro abdominal de la paciente pre y post prandial. Anotando el resultado en los registros clínicos de enfermería, para así observar si se encuentra alterado (37cm).</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La medición se hace a nivel del ombligo. La circunferencia abdominal se utiliza para diagnosticar y monitorear lo siguiente: Acumulación de líquido en el abdomen, en su mayor parte causada por insuficiencia hepática o cardíaca, obesidad, acumulación de gases intestinales, en su mayor parte causada por bloqueo u obstrucción en los intestinos. <sup>16</sup></p>
<p>Registrar en la hoja de enfermería.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>Es importante registrar en la hoja de enfermería las intervenciones realizadas con el fin de llevar una historia clínica y el seguimiento de la paciente. <sup>16</sup></p>
<p>Analizar estudios realizados a la paciente: gammagrama (vaciamiento gástrico no pasa más allá del nivel yeyunal).</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>Los estudios de laboratorio permiten tener un control específico acerca del diagnóstico y evolución de la paciente, así como su estado actual y funcionalidad de algunos órganos. <sup>20</sup></p>
<p>Colocación de Nutrición Parenteral por ciclado, con técnica estéril, verificando velocidad de infusión y doble cotejo</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La nutrición parenteral (NP) en el niño enfermo tiene como principal objetivo suministrar las demandas específicas de energía y nutrientes debidas a su enfermedad, manteniendo un balance de energía positivo que permita un crecimiento y desarrollo adecuados, procurando evitar tanto la infra como la sobre nutrición. <sup>22</sup></p>

#### EVALUACIÓN:

Se mantuvo el aporte de nutrimentos de la paciente, disminuyó 1 cm la distensión abdominal (36cm), incrementó 100gr (4.250kg), continuando en grado de dependencia 6, por la propia condición de estado de salud de la paciente.

<sup>22</sup> Martínez C, Pedrón C. Requerimientos en nutrición parenteral pediátrica. Nutr Hosp. [Internet]. 2017. [citado 15 jul 2017]; 34 (3): 14 – 15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309252057004.pdf>

## NECESIDAD AFECTADA: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b></p> <p>INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES R/C INCAPACIDAD PARA ABSORBER LOS NUTRIENTES M/P PESO CORPORAL INFERIOR AL PESO IDEAL (PERCENTIL 5). GRADO DE DEPENDENCIA 6.</p>
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Favorecer la nutrición, mediante las intervenciones ayudar a ganar peso a la paciente y llevar un control de éste.</p>
<p><b>ENFERMERA:</b></p> <p><u>Sustituta</u> / compañera / ayuda</p> <p><b>CAUSA DIFICULTAD:</b></p> <p><u>Falta de fuerza</u> / falta de conocimiento / falta de voluntad</p>

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Identificar las necesidades nutricionales de acuerdo con la edad.</p> <p>✓ Interconsulta con la dietista o nutrióloga, para observar la ingesta diaria y dar seguimiento.</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Al identificar las necesidades nutricionales permite establecer un adecuado tratamiento mediante la historia clínica, historia dietética, exploración física, peso, talla, índice de masa corporal, exámenes de laboratorio. <sup>16</sup></p>
<p>Realizar lavado de manos con agua y jabón (gluconato de clorhexidina) en los cinco momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Antes del contacto con el paciente.</li> <li>➤ Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS (infección asociada con la atención de la salud) y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Con ello hay una importante reducción de bacteriemia.</p> <p>Además, el refuerzo de las prácticas de higiene de manos permite controlar las epidemias en las instalaciones de atención de la salud.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.</li> <li>➤ Después de tocar al paciente.</li> <li>➤ Después del contacto con el entorno del paciente.</li> </ul>		<p>La higiene de manos puede realizarse usando jabón común o productos que incluyan agentes antisépticos. Estos últimos tienen la propiedad de inactivar microorganismos o inhibir su crecimiento con espectros de acción diferentes. Los ejemplos incluyen alcoholes, gluconato de clorhexidina, derivados del cloro, yodo, cloroxilenol, compuestos de amonio cuaternario, y triclosán.<sup>15</sup></p>
<p>Almacenar adecuadamente la leche materna, colocar la leche materna mediante una sonda en la gastrostomía con una velocidad de infusión de 0.5ml por hora.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La leche materna contiene todos los nutrientes que el bebé necesita durante los 6 primeros meses de vida, protege el sistema inmunitario, reduce el riesgo de asma y alergias, es más fácil de digerir que la artificial. Requiere de un adecuado almacenamiento para su conservación.<sup>23</sup> La composición de la leche materna mantiene en todo momento sus propiedades nutricionales.<sup>21</sup></p>
<p>Colocación de Nutrición Parenteral con técnica estéril, observando que la velocidad de infusión sea la adecuada (ciclado, cada media hora a partir de las 4pm, anexo, página 101) y doble cotejo.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La nutrición parenteral (NP) en el niño enfermo tiene como principal objetivo suministrar las demandas específicas de energía y nutrientes debidas a su enfermedad, manteniendo un balance de energía positivo que permita un crecimiento y desarrollo adecuados, procurando evitar tanto la infra como la sobre nutrición.<sup>22</sup> Este procedimiento se utiliza cuando no es posible alimentar de manera adecuada al paciente por vía oral o a través de una sonda.<sup>21</sup></p>

<sup>23</sup> Ucrós S, Mejía N. Guías de Pediatría práctica basadas en la evidencia. [Internet]. 2 ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2009. [citado 15 jul 2017]. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=AdQCSR4tyvsC&pg=PA266&dq=lactante+menor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiH5ZXC8lbXAhUKr1QKHSMAeEQ6AEIWTAJ#v=onepage&q=lactante%20menor&f=false>

<p>Llevar un control del peso (se pesa a la paciente los días martes jueves y sábado).</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El llamativo crecimiento del niño durante su primer año de vida y su continuidad, aunque a un ritmo menor conllevan unas necesidades nutricionales peculiares. Llevar un control de este desarrollo permite observar el desarrollo del niño. <sup>14</sup></p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b></p> <p>Se favoreció la nutrición, llevando un control del peso. Incrementó 100gr (4.250kg). Continúa en el mismo grado de dependencia 6. Debido al estado de la paciente. Se mantiene en vigilancia.</p>		

## NECESIDAD AFECTADA: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C DISPOSITIVOS EXTERNOS (SONDA DE CISTOSTOMÍA, ILEOSTOMÍA Y SONDA DE GASTROSTOMÍA) M/P LIMITACIONES EN LA AMPLITUD DE MOVIMIENTO. GRADO DE DEPENDENCIA 6.

**OBJETIVO:** Favorecer la movilidad de las extremidades de la paciente, prevenir úlceras por presión mediante las intervenciones de enfermería en un lapso de una semana.

### ENFERMERA:

Sustituta / compañera / ayuda

### CAUSA DIFICULTAD:

Falta de fuerza / falta de conocimiento / falta de voluntad

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Consultar con el fisioterapeuta para la valoración y diseño de un plan de movilidad para la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover la movilidad y el movimiento óptimos</li> <li>✓ Documentar en la hoja de enfermería si hay mejoría</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Los fisioterapeutas, profesionales sanitarios por su formación y conocimientos intervienen ofreciendo soluciones biomecánicas y ergonómicas para prevenir o controlar lesiones del sistema musculoesquelético.<sup>16</sup></p>
<p>Realizar lavado de manos con agua y jabón (gluconato de clorhexidina) en los cinco momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Antes del contacto con el paciente.</li> <li>➤ Antes de realizar una tarea limpia o</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS (infección asociada con la atención de la salud) y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Con ello hay una importante reducción de bacteriemia.</p> <p>Además, el refuerzo de las prácticas de higiene de manos permite controlar las epidemias en las instalaciones de atención de la salud.</p>

<p>aséptica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.</li> <li>➤ Después de tocar al paciente.</li> <li>➤ Después del contacto con el entorno del paciente.</li> </ul>		<p>La higiene de manos puede realizarse usando jabón común o productos que incluyan agentes antisépticos. Estos últimos tienen la propiedad de inactivar microorganismos o inhibir su crecimiento con espectros de acción diferentes. Los ejemplos incluyen alcoholes, gluconato de clorhexidina, derivados del cloro, yodo, cloroxilenol, compuestos de amonio cuaternario, y triclosán.<sup>15</sup></p>
<p>Determinar el tipo de ejercicios de amplitud de movimientos apropiados para la paciente (pasivos).</p> <p>Realizarlos con lentitud para dar tiempo a que los músculos se relajen.</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Movilización: movimiento que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación, por ejemplo: girarse en la cama.</p> <p>Pueden ser de dos tipos:</p> <p><u>Activas</u>: son aquellas que puede realizar el paciente por sí mismo, bajo la supervisión de un profesional sanitario. En ella se mueven tanto articulaciones como grupos musculares o zonas corporales. Para su realización pueden emplearse distintos dispositivos.</p> <p><u>Pasivas</u>: en este caso las movilizaciones son realizadas por el profesional en los distintos segmentos corporales. Se aplican en pacientes que no pueden realizar esfuerzo.<sup>23</sup></p>
<p>Valorar el dolor (escala de Susans Givens; 4 puntos, dolor moderado, anexo, página 106).</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>El dolor genera un deterioro importante en la calidad de vida, es importante realizar una valoración adecuada del dolor, no solamente centrada en la intensidad del mismo, sino valorando su posible etiología y sus repercusiones de forma multidimensional. Conocer bien el síntoma y sus repercusiones es</p>



		esencial para poner en marcha estrategias efectivas de tratamiento. <sup>24</sup>
<p>Mantener la alineación de la paciente para prevenir complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cambiar de posición cada dos horas a la paciente para prevenir úlceras por presión.</li> <li>✓ Colocar una almohada pequeña cuando la paciente este en posición lateral con el fin de mantener la comodidad.</li> <li>✓ Valorar la colocación correcta de los dispositivos externos: sonda de cistostomía, de ileostomía y gastrostomía, observar en busca de signos de irritación a la piel (enrojecimiento, ulceración, palidez, dolor).</li> <li>✓ Orientar a los padres para la movilización adecuada de la paciente.</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Las posiciones corporales tienen como objetivo aumentar la comodidad del paciente que está encamado, administrar tratamientos, realizar exploraciones médicas, intervenciones quirúrgicas.</p> <p>Mantienen una adecuada alineación corporal y se emplean para prevenir lesiones como consecuencia de la inmovilidad mediante lo que se conoce como cambios posturales. Se previenen complicaciones dermatológicas, neurológicas, cardiocirculatorias, etc.).</p> <p>Además, evitan las úlceras por presión, favorecen la respiración y el drenaje, y en el caso de las intervenciones quirúrgicas, permiten el acceso a la zona quirúrgica. Otro fin es proporcionar la máxima comodidad del paciente.</p> <p>En función de la posición en la que se vaya a colocar al paciente o de la demanda terapéutica se colocarán algunos accesorios para la correcta colocación del paciente, siendo las principales la posición de decúbito supino, prono, lateral, sedente y litotomía.<sup>22</sup></p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b></p> <p>Se favoreció la movilidad de la paciente en un 10%, se realizaron los ejercicios pasivos indicados por la fisioterapeuta. Se mantiene tranquila la paciente, se valora el dolor con 4 puntos en la escala de Susans Givens (anexo página106). Se mantiene el mismo grado de dependencia 6. Debido al estado de la paciente. Se mantiene en vigilancia.</p>		

<sup>24</sup> Babarro AA. La importancia de evaluar adecuadamente el dolor. Aten Primaria [Internet]. 2011. [citado 16 jul 2017]; 43 (11): 575 – 576. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-importancia-evaluar-adecuadamente-el-S0212656711003842>

## NECESIDAD AFECTADA: DESCANSO Y SUEÑO

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b></p> <p>TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO R/C INTERRUPCIONES (REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, RUIDOS Y LUZ) M/P CANSANCIO DURANTE EL DÍA, CAMBIO DEL SUEÑO. GRADO DE DEPENDENCIA 6.</p>
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Mejorar el patrón del sueño, para que la paciente tenga un óptimo descanso mediante las intervenciones de enfermería en un lapso de una semana.</p>
<p><b>ENFERMERA:</b></p> <p><u>Sustituta</u> / compañera / ayuda</p> <p><b>CAUSA DIFICULTAD:</b></p> <p><u>Falta de fuerza</u> / falta de conocimiento / falta de voluntad</p>

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Identificar los factores causales que no permiten que la paciente tenga un descanso óptimo: factores externos como, ruido, luz, realización de procedimientos, toma de muestras, curación.</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Debido a que hay numerosos factores que pueden interrumpir el patrón del sueño, la enfermera debe identificar los factores causales para buscar intervenciones específicas. <sup>16</sup></p>
<p>Reducir o eliminar las distracciones ambientales y las interrupciones del sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar con la familia las rutinas habituales</li> <li>✓ Tener un horario específico para el baño (10am)</li> <li>✓ Respetar la hora de la penumbra (12pm)</li> <li>✓ Horario específico para</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Las actuaciones de enfermería se centran en evaluar los conocimientos que tiene dicha persona sobre las consecuencias de su patrón habitual, para así fomentar hábitos y medidas que proporcionen un descanso y sueño de calidad. <sup>16</sup></p>

<p>cambio de ropa y sabanas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eliminar ruidos externos</li> <li>✓ Eliminar la luz en la hora de la penumbra</li> <li>✓ Evitar los procedimientos innecesarios durante el período de sueño (administración de medicamentos, curaciones, etc.)</li> <li>✓ Hablar en voz baja y tranquila</li> </ul>		<p>Al eliminar las distracciones ambientales se disminuye al máximo las alteraciones durante el período del sueño. <sup>16</sup></p>
<p>Orientar a los padres acerca de los estímulos externos, para así evitarlos. Establecer un ritual para dormir (escuchar música, bañarse).</p>	<p>Dependiente Independiente <b><u>Interdependiente</u></b></p>	<p>Es importante la orientación al cuidador primario para brindar una óptima atención en el paciente y trabajar en conjunto con el profesional de la salud. <sup>16</sup></p>

**EVALUACIÓN:**

Se mejoró su sueño en un 50%, la paciente mostró un descanso óptimo mediante las intervenciones realizadas. Sin embargo, sigue habiendo estímulos externos (ruido por las bombas de infusión, realización de procedimientos en otros pacientes), se respeta la hora de la penumbra. Disminuyó el grado de dependencia a 5.

## NECESIDAD AFECTADA: USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b></p> <p>ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE VESTIRSE R/C EDAD (LACTANTE MENOR) M/P CONDICIÓN DE SALUD, POSICIÓN EN CUNA. GRADO DE DEPENDENCIA 6.</p>
<p><b>OBJETIVO:</b> Mantener el vestido adecuado de la paciente mediante las intervenciones de enfermería durante el turno.</p>
<p><b>ENFERMERA:</b> <u>Sustituta</u> / compañera / ayuda</p> <p><b>CAUSA DIFICULTAD:</b> <u>Falta de fuerza</u> / falta de conocimiento / falta de voluntad</p>

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Realizar lavado de manos con agua y jabón (gluconato de clorhexidina) en los cinco momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Antes del contacto con el paciente.</li> <li>➤ Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.</li> <li>➤ Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.</li> <li>➤ Después de tocar al paciente.</li> <li>➤ Después del contacto con el entorno del paciente.</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS (infección asociada con la atención de la salud) y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Con ello hay una importante reducción de bacteriemia.</p> <p>Además, el refuerzo de las prácticas de higiene de manos permite controlar las epidemias en las instalaciones de atención de la salud.</p> <p>La higiene de manos puede realizarse usando jabón común o productos que incluyan agentes antisépticos. Estos últimos tienen la propiedad de inactivar microorganismos o inhibir su crecimiento con espectros de acción diferentes. Los ejemplos incluyen alcoholes, gluconato de clorhexidina, derivados del cloro, yodo, cloroxilenol, compuestos de amonio cuaternario, y triclosán.<sup>15</sup></p>

<p>Obtener ropa adecuada para la paciente (verificar que haya batas limpias, solicitar a ropería).</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La ropa necesaria para el paciente depende de la edad, su condición, la naturaleza del tratamiento y el clima. La elección de la ropa resulta particularmente afectada por el estado general del paciente, ya sea que se encuentre confinado en cama o sea ambulatorio. <sup>24</sup></p>
<p>Verificar que no haya corrientes de aire, al cambiar a la paciente, evitar cambios de temperatura y monitorizar esta (eutérmica 37.1 °C).</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>En líneas generales la ropa debe permitir libertad de movimientos, facilitar el acceso a aquellas zonas del paciente que necesiten una manipulación o visualización frecuentes, proteger adecuadamente del frío o del calor, y que no afecten la imagen del paciente. <sup>24</sup></p>
<p>Colocar un pañal debajo de la paciente para evitar que haya humedad, cambios de temperatura y se mantenga limpia.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>Evitar la humedad en los pacientes previene diversas complicaciones, entre ellas úlceras por presión, infecciones. <sup>21</sup></p>
<p>Observar el adecuado funcionamiento de los dispositivos, que no haya fuga en las sondas (ileostomía, cistostomía, gastrostomía).</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El drenaje espontáneo de una sonda permite llevar un balance hídrico, observar que no haya retención de líquidos y el mantenimiento permite evitar infecciones. <sup>20</sup></p>
<p>Orientar a los padres acerca del vestido de la paciente (cuando se cambia de ropa y cuando se baña).</p>	<p>Dependiente Independiente <b><u>Interdependiente</u></b></p>	<p>Es importante la orientación a el cuidador primario para brindar una óptima atención en el paciente y trabajar en conjunto con el profesional de la salud. <sup>16</sup></p>

**EVALUACIÓN:**  
Se mantuvo el vestido adecuado de la paciente durante el turno y eutérmica (37.1°C), Se mantiene el mismo grado de dependencia 6, debido a la condición de la paciente.

## NECESIDAD AFECTADA: HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C DISPOSITIVOS INVASIVOS M/P DESTRUCCIÓN DE LAS CAPAS DE LA PIEL. GRADO DE DEPENDENCIA 6.

**OBJETIVO:** Reestablecer progresivamente los tejidos, evitar lesiones en la piel de la paciente, en un lapso de una semana.

### ENFERMERA:

Sustituta / compañera / ayuda

### CAUSA DIFICULTAD:

Falta de fuerza / falta de conocimiento / falta de voluntad

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Realizar lavado de manos con agua y jabón (gluconato de clorhexidina) en los cinco momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Antes del contacto con el paciente.</li> <li>➤ Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.</li> <li>➤ Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.</li> <li>➤ Después de tocar al paciente.</li> <li>➤ Después del contacto con el entorno del paciente.</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS (infección asociada con la atención de la salud) y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Con ello hay una importante reducción de bacteriemia. Además, el refuerzo de las prácticas de higiene de manos permite controlar las epidemias en las instalaciones de atención de la salud.</p> <p>La higiene de manos puede realizarse usando jabón común o productos que incluyan agentes antisépticos. Estos últimos tienen la propiedad de inactivar microorganismos o inhibir su crecimiento con espectros de acción diferentes. Los ejemplos incluyen alcoholes, gluconato de clorhexidina, derivados del cloro, yodo, cloroxilenol, compuestos de amonio cuaternario, y triclosán.<sup>15</sup></p>

<p>Identificar las úlceras por presión o lesiones (Lesión en zona periestomal de la cistostomía, se encuentra en fosa ilíaca izquierda) en la paciente y prevenir úlceras por presión en otros puntos de apoyo, mediante los cambios posturales cada dos horas.</p> <p>Valorar el estado de la úlcera: estadio I, la piel está intacta, bordes separados, penetración de menos de 2cm.</p> <p>La ostomía es de color rojo, no existe sangrado activo, no hay salida de líquido purulento.</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>El método más efectivo para abordar el problema de las úlceras por presión es la prevención. Para poder llevar a cabo las medidas preventivas de una manera efectiva se deberá valorar el riesgo que la persona tiene de desarrollar úlceras por presión.</p> <p>Una ostomía es aquella apertura que se realiza en un órgano hueco al exterior, hacia la pared abdominal, cuyo fin es eliminar los productos de desecho o introducir alimento al interior del organismo.</p> <p>En la valoración del estoma se debe observar:</p> <p><u>Color:</u> tiene que ser rojo. Si aparece de color blanco, negro o azulado, es indicación de que los vasos sanguíneos están estrangulados y hay una mala circulación.</p> <p><u>Sangrado:</u> si existe un sangrado abundante o continuo se debe avisar para su valoración. Al principio es normal que sangre un poco.</p> <p><u>Tamaño y forma:</u> casi todas las estomas se desplazan un poco del abdomen, al principio tienen un aspecto húmedo, pero esto va disminuyendo a partir de la tercera semana desde la realización de la ostomía. <sup>21</sup></p>
<p>Lavar con cuidado la zona enrojecida (zona periestomal de la cistostomía), secar bien.</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Al lavar adecuadamente la zona lesionada y con cuidado, permite una adecuada cicatrización, al mantener seca la piel después de lavar, se evitan infecciones, ya que la humedad prolifera los microorganismos. <sup>21</sup></p>

<p>Proteger la superficie de la piel sana con un apósito de barrera hidrocoloide.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>Proteger la piel con apósito permite crear una barrera de protección y evitar posibles infecciones. <sup>21</sup></p>
<p>Vigilar características de la piel dañada, en busca de signos de infección (calor, rubor, salida de líquido purulento).</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La intervención inmediata, correcta y eficaz de una infección es de gran importancia, debido a que se lleva un adecuado tratamiento. <sup>16</sup></p>
<p>Realizar cambios posturales cada 2 horas para evitar futuras úlceras por presión y así no seguir dañando la piel lesionada.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La identificación de los pacientes que potencialmente pueden padecer este problema a través de la valoración de los factores de riesgo de ulceración es el primer paso para la puesta en práctica de los cuidados de prevención. <sup>21</sup></p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b></p> <p>Se reestableció los tejidos lesionados en un 50%, se evitó lesiones en la piel mediante los cambios posturales y las intervenciones realizadas. Se mantuvo el grado de dependencia en 6, debido a la condición de la paciente.</p>		



## NECESIDAD AFECTADA: EVITAR LOS PELIGROS

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

RIESGO DE INFECCIÓN R/C PROCEDIMIENTOS INVASIVOS (SONDA DE GASTROSTOMÍA, CATÉTER VENOSO CENTRAL, SONDA DE CISTOSTOMÍA. GRADO DE DEPENDENCIA 6.

### OBJETIVO:

Evitar infecciones en la paciente durante su estancia hospitalaria y el egreso en casa.

### ENFERMERA:

Sustituta / compañera / ayuda

### CAUSA DIFICULTAD:

Falta de fuerza / falta de conocimiento / falta de voluntad

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Usar las precauciones universales apropiadas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Lavarse las manos en los cinco momentos (Antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea limpia o aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente, después del contacto con el entorno del paciente).</li><li>➤ Usar guantes para el manejo de las sondas.</li><li>➤ Colocar los desechos en los recipientes correspondientes.</li><li>➤ Usar cubre bocas cuando se realiza alguna curación o se prepara la NPT.</li></ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Se estima que lavarse las manos cinco veces al día reduce hasta un 50% la posibilidad de contagios de virus como la gripe y otras enfermedades de transmisión alimentaria. Evitar la propagación de infecciones reduce la necesidad de recurrir a antibióticos para tratarlas, lo que a su vez contribuye a frenar la generación de microorganismos multirresistentes a estos medicamentos. De ahí la relación directa que se establece entre el lavado de manos y la reducción de la resistencia a estos fármacos.<sup>15</sup></p>

<p>Administrar el tratamiento antimicrobiano prescrito (Amoxicilina 70mg por sonda de gastrostomía cada 24 horas)</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>La administración de antibióticos en pacientes con hidronefrosis son de gran ayuda ya que previene futuras infecciones o complicaciones.<sup>12</sup></p>
<p>Tomar signos vitales, en busca de alguna alteración, temperatura</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Son la cuantificación de acciones fisiológicas, que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico.<sup>17</sup></p>
<p>Se debe drenar la sonda de cistostomía y la bolsa colectora de la ileostomía antes de que su capacidad llegue al 75%, con el fin de evitar infecciones o haya ruptura en la bolsa.</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El drenaje espontáneo de una sonda permite llevar un balance hídrico, observar que no haya retención de líquidos y el mantenimiento permite evitar infecciones.<sup>20</sup></p>
<p>Valorar cada 24 horas el sitio de inserción de las sondas y del catéter, en busca de algún signo de infección (rubor, calor, salida de líquido purulento, etc.)</p>	<p>Dependiente <b><u>Independiente</u></b> Interdependiente</p>	<p>El adecuado mantenimiento de los diferentes dispositivos invasivos (sondas, catéter, etc.) previene diversas complicaciones como infecciones y observar el óptimo funcionamiento.<sup>16</sup></p>
<p>Orientar a los familiares acerca de la importancia del lavado de manos y los momentos en los que deben realizarlo.</p>	<p>Dependiente Independiente <b><u>Interdependiente</u></b></p>	<p>Es importante la orientación a el cuidador primario para brindar una óptima atención en el paciente y trabajar en conjunto con el profesional de la salud.<sup>16</sup></p>

<p>Colocación de Nutrición Parenteral con técnica estéril, verificación de la velocidad de infusión y doble cotejo</p> <p>Curación de catéter con técnica estéril, cada 7 días o cuando el apósito se encuentre sucio, con sangre o despegado.</p>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Técnica estéril. Estéril significa libre de gérmenes. Cuando se cuida el catéter o la herida de una cirugía, necesitará tomar medidas para evitar la propagación de gérmenes. Es necesario realizar algunos procedimientos de limpieza y cuidados en una forma estéril para no contraer alguna infección.</p> <p>La nutrición parenteral (NP) en el niño enfermo tiene como principal objetivo suministrar las demandas específicas de energía y nutrientes debidas a su enfermedad, manteniendo un balance de energía positivo que permita un crecimiento y desarrollo adecuados, procurando evitar tanto la infra como la sobre nutrición. <sup>22</sup></p>
--	---	---

**EVALUACIÓN:**

Se evitó infecciones, llevando adecuadamente las barreras de protección, higiene de manos, uso de técnicas estéril en algunos procedimientos. Debido al estado de la paciente. Se mantiene en vigilancia.

## NECESIDAD AFECTADA: VIIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> DIRIGIDO A LOS PADRES</p> <p>DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA M/P EXPRESAN DESEOS DE MEJORAR LA EXPERANZA Y LA CONGRUENCIA ENTRE LAS EXPECTATIVAS Y LOS DESEOS. GRADO DE DEPENDENCIA 3.</p>
<p><b>OBJETIVO:</b>          Informar un aumento de la esperanza, sobre la vida y la fe, para los padres en un lapso de un mes.</p>
<p><b>ENFERMERA:</b>          Sustituta / <u>compañera</u> / ayuda</p> <p><b>CAUSA DIFICULTAD:</b>          Falta de fuerza / <u>falta de conocimiento</u> / falta de voluntad</p>

INTERVENCIONES	TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Ayudar a los padres a identificar y expresar sus sentimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Escucharlos activamente, tratarlos como un ser individual y aceptar sus sentimientos. Transmitir empatía para promover la verbalización de dudas, temores y preocupaciones.</li> <li>✓ Corroborar las impresiones y reflexionar sobre ellas con los padres.</li> <li>✓ Alentar las expresiones sobre la incertidumbre de la esperanza y de las áreas en que la esperanza les ha fallado a los padres.</li> <li>✓ Ayudar a los padres a reconocer que la desesperanza es parte de la vida de todo el mundo y que demanda reconocimiento.</li> <li>✓ Ayudar a los padres a comprender que pueden manejar los aspectos de desesperanza de la vida</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p><b><u>Independiente</u></b></p> <p>Interdependiente</p>	<p>Las emociones y sentimientos son una importante fuente de información: nos guían, nos ayudan a dar sentido a lo que nos sucede, a entendernos a nosotros mismos y a relacionarnos con los demás, y nos motivan para alcanzar metas, producir cambios, evitar situaciones dañinas o perseguir aquello que nos hace felices.</p> <p>La esperanza se puede usar como una fuente de energía,</p>

<p>separándolos de los aspectos de esperanza. Ayudarlos a identificar y reconocer áreas de desesperanza. Ayudarlos a distinguir entre lo posible y lo imposible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ayudar a identificar a los padres sus motivos personales para vivir, que dan significado y objetivo a sus vidas.</li> </ul>		<p>imaginación y libertad para considerar las alternativas. La desesperanza puede llevar al autodescubrimiento. <sup>16</sup></p>
<p>Valorar y movilizar los recursos internos de ellos (pensamiento cognitivo, espiritualidad):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elogiar el aspecto o los esfuerzos de ellos</li> <li>✓ Promover la motivación</li> <li>✓ Fomentar la alegría y compartir los recuerdos inspiradores</li> </ul>	<p>Dependiente Independiente <b><u>Interdependiente</u></b></p>	<p>Los logros son aquellas cosas que hacemos para contribuir al valor de nosotros mismos. Es lo que nos ha hecho sentir bien, o que nos hizo estirar nuestras capacidades. Los logros nos dan satisfacción y representan éxito. <sup>16</sup></p>
<p>Ayudar a los padres en la resolución de problemas y la toma de decisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aclarar los valores de ellos para determinar que es importante</li> <li>✓ Clarificar la información errónea</li> <li>✓ Ayudar a los padres a identificar aquellos problemas que no pueden resolver para pasar a los que sí pueden resolver</li> </ul>	<p>Dependiente Independiente <b><u>Interdependiente</u></b></p>	<p>La motivación es un impulso interno que dirige la acción hacia un fin. Subyace a la acción e impulsa y guía esta acción. Sin motivación no hay acción. La motivación es el impulso que nos lleva a actuar y a conseguir lo que nos proponemos. <sup>16</sup></p>
<p>Ayudar a los padres a adquirir habilidades de afrontamiento eficaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ayudarlos a establecer objetivos realistas y asequibles a corto y largo plazo</li> <li>✓ Enseñar la importancia de la reciprocidad al compartir preocupaciones</li> <li>✓ Enseñar el valor de confrontar las decisiones</li> </ul>	<p>Dependiente Independiente <b><u>Interdependiente</u></b></p>	<p>El “esfuerzo” cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar esas demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede los recursos de la</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dar a los padres tiempo para recordar y aumentar su comprensión de las experiencias pasadas</li> <li>✓ Explicar las ventajas de la distracción frente a los sucesos negativos</li> <li>✓ Enseñar técnicas de relajación ante los sucesos previstos y ayudar a aplicarlos</li> <li>✓ Alentar la formación de imágenes mentales para promover procesos de pensamientos positivos</li> <li>✓ Alentar la musicoterapia, la aromaterapia y el masaje con aceites esenciales para mejorar el estado físico y mental</li> </ul>		<p>persona, es lo que se ha acordado denominar estrategias de afrontamiento.</p> <p>Al identificar los problemas que puede resolver la persona permite ayudarla a dejar de vivir en lo imposible y sin esperanza y comenzar a abordar asuntos realistas y esperanzadores.<sup>16</sup></p>
<p>Grupos de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alentar a los padres a que comparta sus preocupaciones con otros que han tenido un problema o una enfermedad similar y experiencias positivas al abordarlos de manera eficaz</li> <li>✓ Dar información sobre grupos de autoayuda</li> <li>✓ Canalizar con el psicólogo</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p>Independiente</p> <p><b><u>Interdependiente</u></b></p>	<p>Los grupos de apoyo están diseñados en forma importante para satisfacer las demandas de los cuidadores, para ayudar a los pacientes y familiares a entender la enfermedad y aprender a convivir con ella, son responsables de lograr una atmósfera cálida y de apoyo en la cual cada uno de los integrantes se sienta importante.<sup>16</sup></p>
<p>Dios u otros poderes superiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocer el sistema de apoyo en que los padres creen (valores, experiencias pasadas, actividades religiosas, relación con Dios, significado para ellos)</li> <li>✓ Crear un ambiente en el cual los padres se sientan libres de expresar su espiritualidad</li> <li>✓ Dar a los padres tiempo y oportunidades para reflexionar sobre</li> </ul>	<p>Dependiente</p> <p>Independiente</p> <p><b><u>Interdependiente</u></b></p>	<p>Las creencias pueden conceptualizarse como estados de la mente en los que las personas asumen como verdaderos y válidos los conocimientos o experiencias que tienen sobre determinados sucesos</p>

<p>el significado del sufrimiento, la muerte y la agonía</p> <p>✓ Aceptar, respetar y apoyar la esperanza de los padres en Dios</p>		<p>o cosas. Dichas creencias forman parte de los esquemas mentales, que también abarcan todo tipo de actitudes y paradigmas presentes en una determinada persona. Es una guía, una convicción que va a suministrar sentido a su vida.<sup>16</sup></p>
---	--	--

**EVALUACIÓN:**

Los padres informaron un aumento de la esperanza, fortaleza a la fe y a la vida en un lapso de un mes. Aún continúan en el proceso de aceptación de la enfermedad, conocen el pronóstico de su hija, tienen las herramientas necesarias para seguir adelante, está siendo un proceso difícil, tienen el apoyo de la abuela y fueron canalizados con el psicólogo. Los padres son abiertos, expresan sus sentimientos de una manera positiva. Se mantiene en el mismo grado de dependencia 3.

## 10. PLAN DE ALTA

OBJETIVO: Brindar un cuidado integral fuera del hospital, para el manejo adecuado del paciente y sus necesidades.

### Manejo de sondas:

El manejo de éstas debe ser con guantes y cubre bocas. Se debe observar que en el sitio de inserción no haya signos de infección (rubor, calor, salida de líquido purulento, olor fétido).

La curación de la sonda se realizará con guantes y cubre bocas cada 72 horas.

- Sonda de cistostomía: Se debe drenar antes de que su capacidad (bolsa colectora) llegue al 75%, con el fin de evitar infecciones o haya ruptura en la bolsa.
- Ileostomía: El contenido se debe drenar antes de que la bolsa colectora llegue al 75% de su capacidad

### Manejo del catéter:

La curación se hará en el hospital cada 7 días o antes (en caso de que el apósito transparente se encuentre sucio de sangre, o esté despegado). Se debe observar que en el sitio de inserción no haya signos de infección (rubor, calor, salida de líquido purulento, olor fétido)

Se llevará un balance hídrico, el cual consiste en estar al pendiente de los mililitros que se drenan de las sondas y los desechos del paciente en 24 horas.

### Higiene personal:

Baño diario, evitando mojar el catéter y el sitio de inserción de las sondas, usar jabón neutro y secar perfectamente.

### Acudir a urgencias si se presentan los siguientes signos de alarma:

- Temperatura mayor a 37.5°C
- Cuando no hayan drenado las sondas
- Náuseas, vómito o diarrea
- Abdomen mayor a 35cm
- Irritabilidad sin causa aparente



## 11. CONCLUSIONES

La Enfermería es un área de la salud que permite ver al paciente como un todo, desde el ámbito biológico, psicológico, espiritual y social, integrar esos conocimientos adquiridos durante la formación, seguir en busca de ese conocimiento que nos permite brindar una atención de calidad, humana y óptima.

El Proceso de Atención de Enfermería es la justificación hacia donde se quiere llegar cuando nos enfrentamos a una situación real, que es, la atención a los pacientes.

El realizar este trabajo con un sustento científico, de carácter humano, me permitió brindar una adecuada y oportuna atención a la paciente seleccionada, además de seguir desarrollándome profesionalmente. Las intervenciones planeadas se aplicaron, sin embargo, los objetivos planteados lograron cumplirse un 70% debido al estado crítico de la paciente, el Síndrome de Berdon es una patología que no tiene un tratamiento específico; se cubren las necesidades nutricionales y adecuada eliminación (balance hídrico), el pronóstico no es el mejor.

La paciente egresa del servicio Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales e ingresa al servicio de Gastroenterología para el seguimiento del tratamiento y cuidados paliativos, los padres saben de la situación y siguen apoyando a su hija.

## 12. GLOSARIO

### A

Agenesias renales: Es la ausencia, en el nacimiento, de un riñón, (agenesia renal unilateral) o de ambos riñones (agenesia renal bilateral).

Anhidramnios: Ausencia total de líquido amniótico.

Asas de intestino: Cualquiera de los tramos del intestino delgado, de unos 20 cm de longitud, que, debido a su dependencia del mesenterio, tiene forma de asa y no alargada.

Atresia uretral: Es un estrechamiento anormal de la uretra. La uretra es el tubo que lleva la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo.

### C

Cálices renales: Son las cámaras del riñón por donde pasa la orina. El fluido atraviesa una papila renal hasta un cáliz menor.

Cariotipo fetal: Es el patrón cromosómico de una especie expresado a través de un código, establecido por convenio, que describe las características de sus cromosomas.

Colostomía: Es una abertura en la pared abdominal que se realiza durante una cirugía. Se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esta abertura para formar un estoma. La ubicación del estoma en el abdomen depende de la parte del colon que se usó para construirla.

Cromosopatía: Alteración en la composición cromosómica de un individuo.

Cuidado: La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar). Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.

### D

Disciplina: La enfermería como disciplina construye un cuerpo de conocimiento propio, para llevar a cabo la práctica diaria. Lo que caracteriza a una disciplina es el objeto de su intervención y el sujeto a quien va dirigida la intervención.

Displasia neuronal intestinal: Es una disganglionosis y se diferencia de la enfermedad de Hirschprung por ser una hiperplasia del plexo mientérico y submucoso, con hipertrofia de células ganglionares.

## **E**

Ectasia: Una ectasia es una dilatación o distensión de una estructura tubular. Usualmente ocurre como parte de un proceso patofisiológico.

Enfermería: la enfermería se define como un servicio de proyección social, realizado a diversos niveles de manera multi e interdisciplinaria, tendiente a mejorar las condiciones de salud con y para la comunidad a través de funciones específicas de integración, coordinación, instrumentación, investigación, docencia y administración.

Enterostomía: Operación quirúrgica consistente en la formación artificial de una abertura que permita abocar, de forma transitoria o permanente, el contenido digestivo al exterior, sin seguir las vías naturales. Se realiza cuando existe algún tipo de oclusión intestinal que impide el tránsito normal.

Extravesical: Que está localizado en el exterior de la vejiga urinaria.

## **G**

Gastrostomía: Es una intervención que consiste en la apertura de un orificio en el abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago, lo que permite comunicar al estómago con el exterior. La colocación de una sonda permite introducir la alimentación directamente en el estómago.

## **H**

Hipótesis: Suposición hecha a partir de unos datos que sirve de base para iniciar una investigación o una argumentación.

## **L**

Lesión quística: Un quiste es una bolsa cerrada con una membrana propia que se desarrolla anormalmente en una cavidad o estructura del cuerpo. Los quistes se producen como resultado de un error en el desarrollo embrionario durante el embarazo. Sin embargo, a veces aparecen espontáneamente sin causa aparente.

## **M**

Malrotación intestinal: La malrotación intestinal es un defecto congénito que implica una malformación del tracto intestinal. La malrotación intestinal es una anomalía que se produce durante la formación del feto en el útero materno. ... El intestino se tuerce y produce una obstrucción intestinal.

Masa hipoecogénica: Decimos que una estructura es hipoecogénica cuando reenvía ondas ultrasónicas particularmente débiles (o nulas) durante una ecografía.

Membrana corial: El corion es una envoltura externa que recubre el embrión y que colabora en la formación de la placenta. Es una membrana concéntrica al amnios, que lo envuelve, así como a las demás membranas fetales.

Modelo conceptual: Manera concreta de trabajar con una realidad compleja, presentada esquemáticamente con el fin de considerarla globalmente, y de captar las relaciones entre sus elementos intrínsecos y sus relaciones con el exterior.

Modelo de enfermería: Es un elemento fundamental de la planificación de los cuidados. Es un concepto de fase de transición entre el pensamiento filosófico que sirve de base a la prestación de los cuidados y las acciones que realiza la enfermera todos los días.

## **N**

NANDA: Antes llamada North American Nursing Diagnosis Association, es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.

Necesidad: Es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.

Nutrición Parenteral Total (NPT): Cuando proporciona todos los nutrientes esenciales para cubrir las necesidades nutricionales del paciente. Sustituye oral o enteral.

Nutrición Parenteral Parcial (NPP): Cuando aporta determinados nutrientes como glúcidos o proteínas para satisfacer determinados requerimientos del enfermo. Se utiliza como suplemento nutritivo.

## **O**

Oligoamnios: Cuando la medición del líquido amniótico es demasiado baja.

## **P**

Parénquima renal: El parénquima renal está constituido por las nefronas (alrededor de millón o millón y medio por riñón) que están consideradas como las unidades funcionales básicas del riñón. La nefrona consta de un corpúsculo renal, el asa de Henle, un tubo contorneado distal y el tubo colector.

Polihidramnios: Es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca.

## **Q**

Quiste anexial: Masa en el tejido cerca del útero, por lo general en el ovario o la trompa de Falopio. Las masas anexiales incluyen los quistes ováricos, los embarazos ectópicos y los tumores benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos).

Quiste peritoneal: Es una rara lesión que afecta al peritoneo abdominal.

## R

Reflujo vesicoureteral: Ocurre cuando la orina retrocede de manera anormal desde la vejiga por los uréteres (conductos delgados que conectan los riñones con la vejiga). Al retroceder, la orina llega a los riñones y esto puede causar infección, cicatrices e, incluso, daño hepático a largo plazo si no se trata.

Riñón hidronefrótico: Es la inflamación de un riñón debido a una acumulación de orina.

Riñón multiquístico: Es un trastorno no-genético severo en los riñones caracterizado por la aparición de múltiples quistes de diversos tamaños e irregulares que resulta de malformaciones durante el desarrollo fetal del riñón.

## S

Secuenciación del exoma: El exoma es la parte del genoma (conjunto de moléculas de DNA) formado por los exones, los fragmentos de DNA que se transcriben para dar lugar a las proteínas. El estudio del exoma es una de las formas más completas y complejas de estudiar nuestro DNA.

Secuenciación del exoma es una técnica para secuenciar (conocer la secuencia de las bases de DNA, es decir, cómo se ordenan en la cadena de DNA) todos los genes codificadores. Consiste en seleccionar primero ese subconjunto de DNA que codifica las proteínas, es decir, los exones. En un paso posterior se trata de identificar la secuencia usando una tecnología de secuenciación de DNA de alto rendimiento o secuenciación masiva.

Síndrome de Prune- Belly: En pediatría, el síndrome de Prune belly, traducido del inglés como síndrome del abdomen en ciruela pasa, es un trastorno congénito del aparato urinario, caracterizado por una tríada de síntomas: ausencia de músculos abdominales, criptorquidia y piel arrugada en el vientre.

Sonoluscente: Sinónimo de anecoico o sin ecos; utilizado en ecografía para definir una imagen ocupada por líquido.

## U

Uréter: Son túbulos que nacen de la pelvis renal. Descienden por la pared posterior del abdomen y son retroperitoneales. Tienen distintos trayectos y porciones: lumbares, iliacas pélvicas y vesicales; presentan distintos engrosamientos y ensanchamientos en esas porciones, que son importantes en casos de litiasis.

Uretrocistografía: Es un examen que estudia las características anatómicas y funcionales de la vejiga y la uretra, conducto que comunica a la vejiga con el exterior.

Urografía: La urografía es un examen radiográfico de contraste, que consiste en la realización de radiografías seriadas para ilustrar el paso de contraste previamente administrado por vía intravenosa.

## **V**

Valvas de uretra posterior: Patología congénita, exclusiva del varón, que se caracteriza por la presencia de unos repliegues mucosos, de carácter obstructivo, en la uretra posterior.

Valvas uretrales: Las válvulas de uretra posterior congénitas son repliegues de mucosa que se originan únicamente en varones

Vesicostomía: Es una técnica de derivación urinaria temporal, de elección en pacientes con dilatación del tracto urinario superior (TUS), secundaria a patología vesical o infravesical.

### 13. BIBLIOGRAFÍA

1. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 7 ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 3-72.
2. Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichan [Internet]. 2005. [citado 23 jun 2017]; 5(1): 46 – 53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74150105>
3. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: Mc Graw-Hill; 1999. p. 8-22.
4. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3 ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 49-50.
5. García A, Francisco C, Palazuelos P, de Bustos ML. El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. Educare21 [Internet]. 2004. [citado 24 jun 2017]; 9 (1): 6- 7. Disponible en: <https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/mod-vhenderson>.
6. Fernández C, Novel G. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. 3 ed. Barcelona: Masson; 2007. p. 4-44.
7. Bellido JC, Lendínez JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. [Internet]. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. p. 17-19. [citado 3 jul 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
8. León CA. Enfermería en urgencias. [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. [citado 3 jul 2017]. 48-57. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---0prompt-10--4-----sti-4-0-1l--11-es-50-0--20-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL1&d=HASHb158720d2450c10106c631.8.pr>
9. Griffith J, Christensen P. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. 5 ed. México: El Manual Moderno; 2006. p. 30-194.
10. Lozoya T, Vila JM, Perales A, Soler I, Quiroga R, Llorens R, et al. Síndrome de Berdon: diagnóstico intrauterino y evolución posnatal. Diagn Prenat [Internet]. 2013. [citado 4 jun 2017]; 24(1): 23-28. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-diagnostico-prenatal-327-articulo-sindrome-berdon-diagnostico-intrauterino-evolucion-S2173412712000972>
11. Magaña MI, Al-Kassam M, Bousoño C, Ramos E, Gómez ME. Síndrome de megavejiga – microcolon – hipoperistalsis intestinal: a propósito de un caso de supervivencia prolongada. Nutr Hosp [Internet]. 2008. [citado 8 jun 2017]; 23 (5): 513 – 515. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n5/caso.pdf>

12. Rivilla F, Soto MC, García J. Hidronefrosis perinatal. Diagnóstico y tratamiento. Clin Ur Com [Internet]. 2010. [citado 20 jul 2017]; 9: 197-214. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR0202110197A/1344>
13. Schaffer A, Avery ME, Markowitz M, Finberg L. Enfermedades del recién nacido. 6 ed. Barcelona: Médica Panamericana; 1993. p. 417 – 426.
14. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría. [Internet]. 17 ed. España: Elsevier; 2006. [citado 22 jul 2017]. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=6a\\_ILbxRKwkC&pg=PA125&dq=lactante+menor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiz7KSNi4bXAhUM4yYKHRcjC3kQ6AEIMTAC#v=onepage&q=lactante%20menor&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=6a_ILbxRKwkC&pg=PA125&dq=lactante+menor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiz7KSNi4bXAhUM4yYKHRcjC3kQ6AEIMTAC#v=onepage&q=lactante%20menor&f=false)
15. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: OMS; 2009. [citado 7 jul 2017]. p. 36. Disponible en: [http://cmas.siu.buap.mx/portal\\_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia\\_lavado\\_de\\_manos.pdf](http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf)
16. Juall L. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 14 ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkinss; 2013. p. 254-395.
17. Villegas J, Villegas OA, Villegas V. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Arch Med. [Internet]. 2012. [citado 7 jul 2017]; 12 (2): 223. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>
18. Villalba JC. El manejo de los líquidos durante el período perioperatorio: racionalizar, individualizar y evaluar. Rev. Col. Anest. [Internet]. 2010. [7 Jul 2017]; 38 (3): 310. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1951/195120019007.pdf>
19. Aljama P, Arias M, Caramelo C, Egido J, Lamas S. Nefrología Clínica. [Internet]. 3 ed. España: Editorial Médica Panamericana. 2008. [citado 10 jul 2017]. p. 52. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=LfvX3WgYsNIC&pg=PA556&dq=hidronefrosis+bilateral&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjDnYXO3oXXAhWI5IMKHU0TDI8Q6AEIVDAJ#v=onepage&q=hidronefrosis%20bilateral&f=false>
20. Gil M, Villata R. Uropatías obstructivas. AEP [Internet]. 2008. [citado 10 jul 2017]; 2 (4): 96. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_3.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_3.pdf)
21. Arrianza P, Granados S, Martínez JF, Sánchez C. Técnicas básicas de enfermería. 1 ed. España: Editorial Paraninfo; 2013. p. 64-607.
22. Martínez C, Pedrón C. Requerimientos en nutrición parenteral pediátrica. Nutr Hosp. [Internet]. 2017. [citado 15 jul 2017]; 34 (3): 14 – 23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309252057004.pdf>



23. Ucrós S, Mejía N. Guías de Pediatría práctica basadas en la evidencia. [Internet]. 2 ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2009. [citado 15 jul 2017]. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=AdQCSR4tyvsC&pg=PA266&dq=lactante+menor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiH5ZXC8IbXAhUKr1QKHSMKAeEQ6AEIWTAJ#v=onepage&q=lactante%20menor&f=false>
24. Babarro AA. La importancia de evaluar adecuadamente el dolor. Aten Primaria [Internet]. 2011. [citado 16 jul 2017]; 43 (11): 575 – 576. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-importancia-evaluar-adecuadamente-el-S0212656711003842>

## **BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA**

25. Benavente MA, Francisco C, Ferrer E. Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera. Los modelos de cuidados. en Fundamentos de Enfermería. Madrid: Colección Enfermería siglo 21; 2009.
26. Porcel A. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de los pacientes hospitalizados. Granada: Universidad de Granada; 2011.
27. Brown P, Blayney F, Brown C, Gregg K. Enfermería Pediátrica Intensiva. Consulta rápida. 5 ed. Barcelona: Masson – Salvat; 2002. p. 173-185.
28. Dillon P. Valoración Clínica en Enfermería. 2 ed. México: Mc Graw Hill; 2008. p. 28-52.
29. Wilson D, Hockenberry M. Manual de Enfermería Pediátrica de Wong. 7 ed. México: Mc Graw Hill; 2009. p. 84-88.
30. Levine D. Cuidados del paciente renal. 2 ed. México: Interamericana Mc Graw Hill; 1992. p. 104-105.
31. Engel J. Guía Clínica de Enfermería. Exploración pediátrica. 2 ed. España: Mosby; 1994.
32. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. España: Elsevier; 2013.

## 14. ANEXOS

### 14.1. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA  
AL PACIENTE PEDIÁTRICO  
DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

#### Ficha de Identificación:

Nombre: K. H. C Género Femenino Expediente: 843604  
Edad: 2 meses 18 días Fecha de nacimiento: 18 marzo de 2017  
Servicio: UCIN Cuna: 484  
Nombre del padre: A. H. G. Edad: 26 años  
Escolaridad: Secundaria incompleta Ocupación: Tapicero  
Nombre de la Madre: V. A. C. M. Edad: 24 años  
Escolaridad: Secundaria completa Ocupación: Estilista

Ingreso familiar mensual 6,500 Derechohabiente a alguna institución de salud No

Diagnóstico médico: Síndrome de Berdon

#### ANTECEDENTES

##### Antecedentes Heredofamiliares:

Madre de 24 años de edad, refiere estar sana. Padre de 26 años de edad, sano. Tabaquismo y toxicomanías negadas en ambos casos. Tiene un hermano aparentemente sano; masculino de 6 años de edad, abuela materna falleció de cáncer de hígado.

##### Antecedentes personales no patológicos:

##### Servicios con los que cuenta la casa habitación:

La vivienda cuenta con techo y paredes de concreto, el piso es de cemento, donde habitan 4 personas, cuentan con todos los servicios: luz, toma de agua independiente, gas, drenaje, servicios necesarios (televisión, radio, microondas, refrigerador, lavadora, secadora), adecuada iluminación y ventilación.

### **Características Higiénicas en el niño:**

El baño es diario, desde su ingreso al hospital sus padres están al pendiente de ella, no está en contacto con enfermos infectocontagiosos, hacinamiento negado, zoonosis negada, los padres están al pendiente, se interesan por el bienestar y tratamiento de su hija, lleva tratamiento médico desde su nacimiento en la unidad de cuidados intensivos, alergias negadas.

Cuidados higiénicos o hábitos de higiene en el niño si

Contacto con enfermos infectocontagiosos no

Contacto con animales domésticos: no

Hacinamiento en el hogar: no

Factores de riesgo en su comunidad y en el hogar para el niño: no

Alteraciones físicas o mentales en el niño que puedan desencadenar un accidente no

**Interés de los padres / Tutores por el cuidado de la salud del niño:** Los padres están al pendiente, se interesan por el bienestar y tratamiento de su hija, acuden a todas las visitas.

Interés del niño por el cuidado de su salud No valorable

Asistencia del niño en forma periódica a control médico si Especificar periodicidad Desde su nacimiento se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Tratamiento médico en el hogar: El mismo esquema del hospital.

Existencia de algún tipo de alergias no

Existencia de toxicomanías en el niño no

### **Antecedentes prenatales**

Madre de 24 años de edad, gesta 2, llevó control prenatal, total de 6 consultas, ácido fólico a partir del 2 trimestre, hierro y multivitaminas a partir de los 2 meses de embarazo, tabaquismo y alcoholismo negados.

Fecha de nacimiento: 18 de marzo de 2017, cesárea, anestesia bloqueo epidural, lloró al nacer, capurro: 38 semanas de gestación, peso: 3.160, talla: 51 cm.

### **Antecedentes patológicos**

Por medio de ultrasonografía (USG) a los 6 días le diagnostican hidronefrosis; disminución de dimensiones al despinzar, vejiga con bordes lobulados, sugerente, vejiga neurogénica (la cual es descartada).

Refiere madre que, a pesar de llevar control prenatal, no le realizaron examen de orina, ultrasonido ni chequeo ginecológico durante el embarazo.

30 de marzo de 2017. Se realiza doppler renal, hay aumento de la eco seguridad renal bilateral, diagnostican Hidronefrosis renal bilateral.

07 de abril de 2017. Se le realiza laparotomía y descompresión intestinal, se encontró malformación intestinal, microcolon, apéndice en mesogastrio.

12 de mayo de 2017. Se realizó ultrasonografía de Hígado: Alteración en hígado y vías biliares.

### **Padecimiento Actual**

Paciente femenino en el Hospital Infantil de México Federico Gómez de 2 meses, 18 días de vida, con diagnóstico de Hidronefrosis Bilateral y microcolon, presenta retención de azoados, realizaron serie esofágica gastroduodenal que no pasa contraste más allá de nivel yeyunal, niega presencia de evacuaciones, abdomen globoso, peristalsis disminuida. Instalación de catéter arrow 2Fr en subclavia izquierda el 3 de junio de 2017 y se diagnostica con Síndrome de Berdon.

<b>Medicamentos</b>	<b>Dosis y vía de administración</b>	<b>Frecuencia</b>
Vitamina K	5mg Intravenosa	Cada 24 horas
Vitamina E	50 UI Vía Oral	Cada 24 horas
Ácido Ursodesoxicólico	36mg Vía Oral	Cada 12 horas
Spanplex (multivitamínico)	1ml Vía Oral	Cada 24 horas
Amoxicilina	70mg por Sonda de gastrostomía	Cada 24 horas

## 1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Frecuencia cardiaca: 152 frecuencia respiratoria: 42 tensión arterial: 83/44  
 Presión arterial media 58 Saturación de Oxígeno: 97%

Características de pulso: Adecuado en ritmo e intensidad

Respiración: adecuada, sin dispositivos, a aire ambiente

Llenado capilar: 2 segundos ritmo cardiaco: adecuado

### VALORACIÓN DE SILVERMAN

PUNTUACIÓN	0	1	2
Movimientos Toracoabdominales	Ausente	Discreto	Intenso
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Intenso
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Intenso
Aleteo Nasal	Ausente	Discreto	Intenso
Quejido respiratorio	Ausente	Discreto	Intenso

Resultado: 4 puntos

Presencia de:

Sistema circulatorio	Si	No	Sistema Respiratorio	si	no
Soplos		X	Disnea		X
Distensión venosa yugular		X	Estertores		X
Piel Marmórea		X	Tos		X
Cianosis		X	Disfonía		X
Diaforesis		X	Estridor laríngeo		X
Palpitaciones		X			
Lipotimia		X			
Vértigo		X			

PULSOS	DÉBIL	NORMAL	SALTÓN	AUSENTE
Carotideo		X		
Braquial		X		
Radial		X		
Femoral		X		
Pedial dorsal		X		

Oxígeno terapia	P. Nasaless	Casco cefálico	Mascarilla	CPAP Nasal	Ventilación Mecánica
Si ( ) No(X )					

Por indicación médica requiere de puntas nasales intermitente a 0.5L x', sólo cuando la saturación de oxígeno se encuentra por debajo del 85%.

## BIOMETRÍA HEMATICA

SERIE BLANCA	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
Leucocitos	13.80	10 <sup>3</sup> / uL	4- 11
Neutrófilos	66.00	%	35 – 57
Bandas	4.00	%	0 – 3
Linfocitos	27.00	%	25 - 45
Monocitos	3.00	%	1 – 10
Eosinofilos	0.00	%	0 – 3
Basófilos	0.00	%	0 – 2
Neutrófilos	6.66	10 <sup>3</sup> / uL	4.5 - 7.5
Linfocitos	6.43	10 <sup>3</sup> / uL	1 – 4.8
Monocitos	0.71	10 <sup>3</sup> / uL	0.1 – 0.8
Eosinofilos	0.00	10 <sup>3</sup> / uL	0.1 – 0.45
Basófilos	0.00	10 <sup>3</sup> / uL	0 – 0.2
<b>SERIE ROJA</b>			
Eritrocitos	3.45	10 <sup>6</sup> / uL	3.92 – 6.2
Hemoglobina	10.70	g / dl	12 - 18
Hematocrito	31.8	%	37 – 47
V.C.M	92.20	fL	81 - 99
H.C.M	31.00	pg	27.5 – 33.2
<b>PLAQUETAS</b>			
Plaquetas	243.00	10 <sup>3</sup> / uL	145 - 450
V. M. P	10	fL	7.4 – 10.4

Observaciones: leucocitosis, neutrofilia, plaquetas normales.

## 2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Peso: 4.150kg Talla: 58cm P.C. 35cm P.A. 37cm Glicemia: 97mgdl

### Características De:

Piel: Ictérica Cabello: corto, negro y delgado Uñas: rosadas Mucosas Orales: hidratadas

Lengua: rosada Labios: centrados Faringe: central Dentadura: encías lisas, sin dentición

Presencia De:

Anorexia	Si	No	Dolor gástrico intestinal	Si	No
Vomito		X	Distensión abdominal		X
Pirosis		X	Heridas	X	
Polidipsia		X	Disfagia		X
Regurgitaciones		X	Visibilidad de asas intestinales		X
Incapacidad para succionar		X			

Alimentación por vía oral no Alimentación Nutrición Parenteral

A través de sonda Nasogástrica no Orogástrica no Gastrostomía si Traspilórica no

Come solo No aplica

Intolerancia y alergias alimentarias ninguna

Infusión de líquidos Intravenosos

Soluciones P.M.V.P	Soluciones de base	Nutrición Parenteral	Transfusión Hemáticos	Soluciones coloides
		Volumen total 571.5ml 23.81ml/hr pp		

NUTRICIÓN PARENTERAL:

Componente	Unidad	ml
Glucosa	68.5gr	37.1ml
Lípidos	15.2gr	76.2ml
NaCl	3.1meq	0.78ml
KPO4	8.3meq	4.1ml
GluCa	1.77meq	3.81ml
MgSO4	1.54meq	1.9ml
Tracefusin		2.2ml
MVI	3.25g	
Heparina	5UI	
Kcal totales	438.9	
Carbohidratos	53.3%	
Proteínas	11.8%	
Lípidos	34.85%	

CICLADO DE NPT	INICIO A LAS 16:00HRS
Primer Descanso	16-17hrs para pasar 19ml/hr
Segundo descanso	17-18hrs para pasar 9.5ml/hr

Hora cero	18-20hrs sin pasar NPT
Primer ascenso	20-21hrs para pasar 9.5ml/hr
Segundo ascenso	21-22hrs para pasar 19ml/hr
Flujo máximo	22-16hr 28.6ml/hr

Alteraciones de peso: si, se encuentra en el percentil 5 (bajo peso)

Acceso venoso: catéter venoso central Sitio de inserción: subclavia izquierda

Presencia de edema no

### 3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

#### ABDOMEN

<b>Inspección</b>	Batea	Normal	Distendido X
<b>Palpación</b>	Blando	Depresible X	Tenso
<b>Percusión</b>	Timpánico X	Mate	

Eliminación intestinal Sí, por ileostomía Frecuencia constante

Alteraciones en la eliminación intestinal: Diarrea si Estreñimiento no

Uso del WC no Uso de pañal si Cómodo no

CÓDIGO DE EVACUACIONES				
Color	Consistencia	Olor	Fenómenos acompañantes	Número de evacuaciones
<b>Am</b> = amarillo <b>v</b> = verde <b>c</b> = café <b>Ac</b> = acólico meconial	<b>l</b> = líquida <b>s/l</b> = semilíquida <b>p</b> = pastosa <b>s/p</b> = semipastosa	Fétido <u>Alcalino</u> Agrio Ácido	<b>c/s</b> = con sangre <b>c/m</b> = con moco <b>c/g</b> = con grumos	Constantemente por la ileostomía

Eliminación Urinaria: Sonda de cistostomía

Presencia De:

Halitosis	Si	No		SI	No
Flatulencias		X	Goteo y salida de orina		X
Masa rectal palpable		X	Disuria		X
Esfuerzo al defecar		X	Poliuria		X
Constipación		X	Hematuria		X



Dolor al evacuar		X	Proteinuria		X
Urgencia p/defecar		X	Glucosuria		X
Fisura		X	Nicturia		X
Incontinencia fecal		X	Incontinencia urinaria		X

#### 4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Movimientos de acuerdo a su edad	Si	No	Coordinación Voluntaria	Si	No
Falta de energía: Debido a ruidos externos e iluminación	X		Tono muscular	X	
Postura adecuada de pie		NV	Presencia de temblores		X
Fuerza Muscular		X	Ritmo de Movimientos	X	
Postura adecuada sentado		X	Movimientos incontrolados		X
Debilidad Muscular		X	Estado de postración		X
Postura adecuada acostado: Debido a los dispositivos como sonda de ileostomía, gastrostomía y cistostomía.		X	Estado depresivo		X
Sobre excitación		X			

Deambulación: no.

Observación: Mantiene postura fetal, debido a los diversos dispositivos que tiene la paciente (sonda de cistostomía, ileostomía, sonda de gastrostomía).

La falta de energía es porque no ha descansado, ya que hay estímulos externos como: ruido, iluminación y realización de procedimientos de enfermería cuando la paciente está descansando.

#### 5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Sueño y características

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Cansancio	X		Postura de cansancio	X	
Temblor de manos		X	Expresión vacía		X
Ojeras	X		Confusión		X
Edema palpebral		X	Habla pausada		X
Enrojecimiento de conjuntivas		X	Sueño discontinuo	X	
Bostezos	X		Falta de concentración		X

Irritabilidad	X		Insomnio		X
---------------	---	--	----------	--	---

Hábitos para dormir. Baño si Ingesta de leche no Ingesta de Té no

Lectura no Manta para dormir no Muñeco no otros música

Utiliza fármacos para dormir no

## 6. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Temperatura: 37.1

Presencia de	Si	No
Eutermia	X	
Hipertermia		X
Hipotermia		X
Distermia		X

Axilar x Rectal

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Diaforesis		X	Taquicardia		X
Escalofríos		X	Bradicardia		X
Piel fría		X	Acrocianosis		X
Piel húmeda		X			
Piel caliente		X			

Condiciones del entorno físico Sala de terapia intermedia, cuna apagada, mueble pequeño para colocar las cosas personales, hay una silla, entorno ordenado y adecuada ventilación.

Utilización de calentadores Cuna de calor radiante apagada.

## 7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: no aplica, sus padres la ayudan a vestirse

Presencia de	Si	No
Desinterés		X
Rechazo		X
Vestido incompleto		X
Vestido sucio		X
Vestido inadecuado		X

Autónomo  Ayuda Parcial  Ayuda Total x

Observaciones: Es dependiente, necesita que la cambien y la vistan.

## 8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Higiene: hay adecuada higiene      Higiene General: sus padres la bañan diario

Estado de Piel: no integra

Ictericia: x Integrada/Hidratada: x Palidez:    Deshidratada:   

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Heridas	X		Pápulas		X
Ulceras		X	Mapulas		X
Hematomas		X	Cicatrices	X	
Petequias		X	Manos húmedas		X
Equimosis		X	Vesículas		X

Pérdida de la integridad cutánea sí.

Describir tiene diversos dispositivos invasivos; cistostomía en hipogastrio, gastrostomía en flanco izquierdo, ileostomía en fosa ilíaca derecha.

Lesiones por presión si Estadio I x II    III    IV   

Lesión en zona periestomal de la cistostomía (hipogastrio).

## 9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS:

Días de hospitalización: 88 días      Integridad Neuromuscular: si Ansiedad: no

Falta de Habilidades de Afrontamiento: los padres están informados y son conscientes de los peligros del entorno, mantienen su entorno ordenado, se toman medidas para la prevención de caídas, se mantiene en continua vigilancia.

Capacidad de autoprotección: no

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Tensión muscular		X	Crisis convulsivas		X
Postura rígida		X	Enojado		X
Conducta violenta		X	Expresa temor o miedo		X
Inquieto	X				
Triste		X			
Llanto continuo		X			

Exposición frecuente a procedimientos invasivos si, tiene diversas sondas para drenaje (sonda de cistostomía, gastrostomía, ileostomía), catéter venoso central en subclavia izquierda.

La cama cuenta con barandales la paciente permanece en cuna de calor radiante acompañado de mamá o papá.

Recibe visita de ambos padres si El niño (a) demanda la visita de alguien en específico no

El cuidador primario como responde ante situaciones de estrés: se mantiene en estado de tranquilidad, es consciente de su diagnóstico y pronóstico.

Dolor: Facies de dolor si Manifestación verbal del dolor no

Escala de dolor utilizada: Susan Givens Bell

Escala de valoración del dolor en Neonatología © 1993-1994 Susan Givens Bell:

	ESCALA		
SIGNOS CONDUCTUALES	2	1	0
1. Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5-10 minutos	Duerme más de 10 minutos
2. Expresión facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calmado, relajado
3. Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o la actividad disminuida	Normal
4. Tono global	Hipertonicidad fuerte o hipotonicidad, flácido	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Normal
5. Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo dentro de 1 minuto
6. Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja
SIGNOS FISIOLÓGICOS	2	1	0
7. Frecuencia Cardiaca	> 20% aumento	10-20%	Dentro de la

		aumento	normalidad
8. Presión arterial (sistólica)	>10 mm. Hg. de aumento	10 mm. Hg. de aumento	Dentro de la normalidad
9. Frecuencia Respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad
10. SaO <sub>2</sub>	>10% de aumento de FiO <sub>2</sub>	£ al 10% de aumento de FiO <sub>2</sub>	Ningún aumento en FiO <sub>2</sub>
Se considerará arbitrariamente que un neonato con una valoración de 0-5 tiene un control del dolor adecuado.			
Total de puntos obtenidos			5 puntos

### 10. NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Nivel De Conciencia: activa, reactiva a estímulos externos  
Orientación (persona, tiempo y espacio), especificar: no aplica

Visión: Normal si Deficiente no Ceguera no Utilización de anteojos no  
Oído: Normal si Deficiente no Sordera no Prótesis no

### 11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

Actitud religiosa de los padres/tutores, especificar: es aplicado a los padres, son católicos. Demanda de servicios religiosos para el niño no en caso de afirmativo, especificar ¿Cuál? -----

Mitos y creencias de los padres/tutores relacionados con el cuidado de la salud: le piden a dios por la salud de su hija, son conscientes de su pronóstico.

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar: apoyo emocional.

### 12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

No aplica en la paciente

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Dificultad para concentrarse y expresarse		X	Llanto		x
Cambios en el estado de animo		X	Incapacidad para llorar		x

Cólera		X	Rechazo al padre o tutor		X
Sentimiento de tristeza		x	Dificultad de participación		X
Introversión		X	Extroversión		x
Extroversión		x			

**13. NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:**

Lectura no Televisión no Manualidades no Juegos Didácticos no

Juegos de Mesa no Otros le gusta escuchar música.

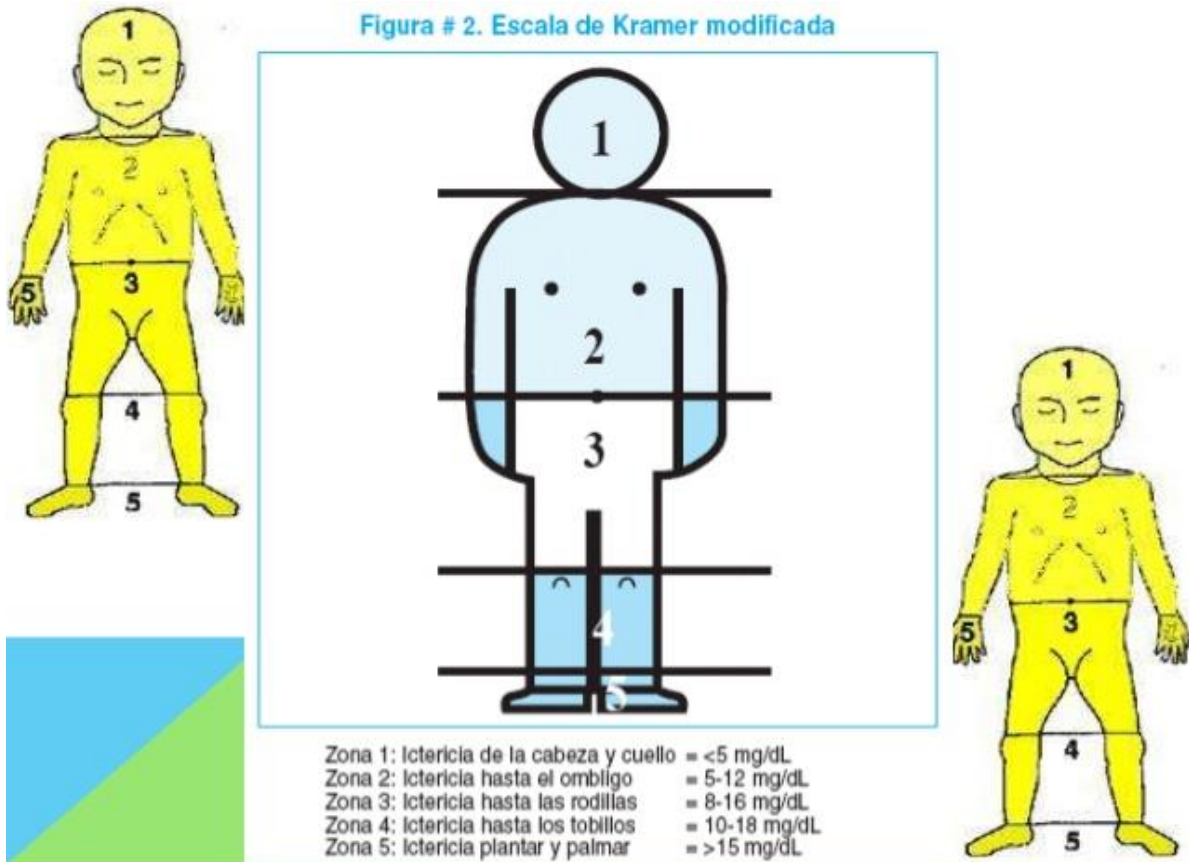
**14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE:**

Aplicado a los padres: Conoce el motivo de ingreso: si

Observaciones: conocen su diagnóstico actual y su pronóstico, han platicado con el personal de salud acerca de su tratamiento, colaboran en algunos procedimientos.

## 14.2. ESCALAS UTILIZADAS

### ESCALA DE KRAMER



### ESCALA DE DEPENDENCIA DE MARGOT PHANEUF

Cuadro I. Niveles de independencia de la persona.

		3	4	5	6	
Independencia	Responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, lo que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de un sostén o una prótesis				Dependencia
	1	2	Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido, aunque sea ligeramente	Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén, o una prótesis	Debe contar con otro, para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo	Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades

Tomado de: Phaneuf M. Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería. España: Interamericana; 1993.

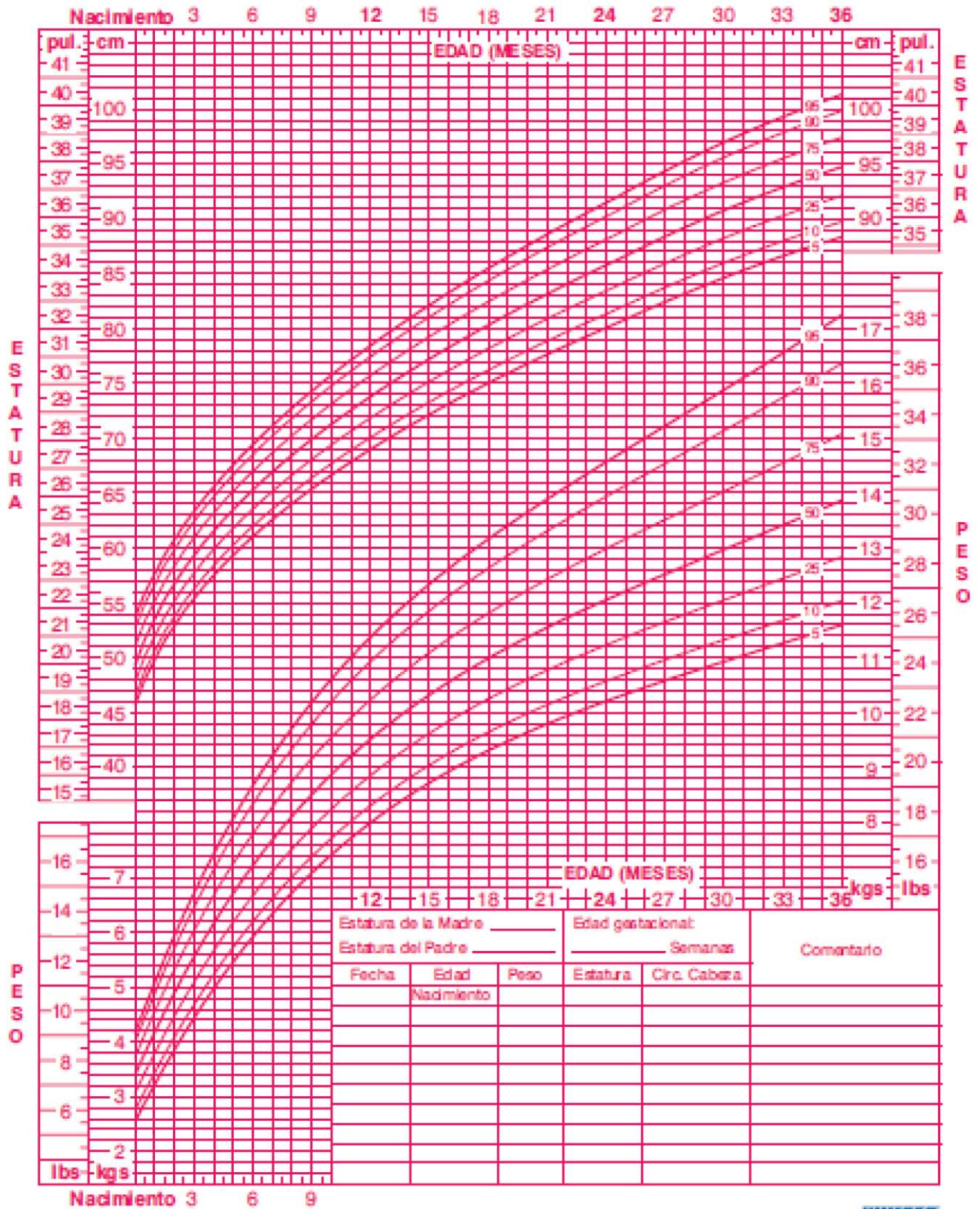
# TABLA PESO PARA LA EDAD, TALLA PARA LA EDAD, NIÑAS DE 0 – 36 MESES (CDC)

Nacimiento a 36 meses: Niñas

Nombre \_\_\_\_\_

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

# de Archivo \_\_\_\_\_



Publicado el 30 de mayo de 2000 (modificado el 20 de abril del 2001).  
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>





## TABLAS PROPORCIONADAS POR EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

EDAD	NIÑAS																	
	PESO			TALLA			PC			TA			FC			FR		
	p5	p50	p95	p5	p50	p95	p5	p50	p95	p5	p50	p95	p5	p50	p95	p5	p95	+/-
0m	2.5	3.5	4.2	45	50	55	32	35	38	85/53	100/65	103/65	121	149	179	31	8	
1m	3	4	5	50	53	58	34	37	40	85/53	100/65	103/65	121	149	179	31	8	
2m	3.8	5	6	52	57	62	36	39	41.5	89/50	104/63	106/77	121	149	179	31	8	
3m	4.1	5.5	7	55	59	64	37.5	40	42.5	90/50	104/63	106/77	106	141	186	31	8	
4m	4.8	6	7.4	57	61	66	38.5	41	43.5	90/51	104/64	106/67	106	141	186	31	8	
5m	5.2	6.8	8.2	59	64	68	39.5	41.5	44.5	90/52	104/65	106/68	106	141	186	31	8	
6m	5.6	7.1	9	60	65	70	40	42.5	45	90/53	104/67	106/70	109	134	169	31	8	
7m	6	7.8	9.4	62	67	72	40.5	41	45.5	90/54	104/67	106/71	109	134	169	31	8	
8m	6.8	8.2	10	64	69	73	41	43.5	46	90/55	104/68	109/72	109	134	169	31	8	
9m	7	8.5	10.4	65	70	75	41.5	44	46.5	90/56	104/69	109/73	109	134	169	31	8	
10m	7.2	8.8	11	66	71	76	42	44.5	47	90/56	105/69	109/73	109	134	169	31	8	
11m	7.6	10	12.4	67	72	77	42.5	44.5	47.5	90/56	105/70	109/73	109	134	169	31	8	
12m	7.8	9.6	11.8	68	74	79	42.5	45	47.5	90/56	105/70	110/73	89	119	151	26	4	
15m	8.5	10.4	12.6	71	77	83	43.5	46	48.5	90/56	105/70	110/73	89	119	151	26	4	
18m	9	11	13.5	74	80	86	44	46.5	49	90/56	105/70	110/73	89	119	151	26	4	
21m	9.6	11.6	14.4	77	83	89	44.5	47	49.5	90/56	105/70	111/73	89	119	151	26	4	
24m	10	12	15	79	86	92	45	48	50	93/56	107/69	111/73	89	119	151	26	4	
27m	10.4	12.5	15.6	82	88	95	45	48	50.5	93/56	107/69	111/73	89	119	151	26	4	
30m	10.8	13	16.4	84	91	98	45	48	51	93/56	107/69	111/73	89	119	151	26	4	
33m	11	13.4	17	86	93	100	45.5	48.5	51	93/56	107/69	111/73	89	119	151	26	4	
36m	11.4	13.8	17.8	87	95	102	45.5	48.5	51.5	93/57	108/69	112/73	73	108	137	25	4	
4a	12.5	16	21	93	100	110				94/57	108/69	113/74	73	108	137	24	3	
5a	14	18	25	100	107	117				95/58	110/70	115/75	65	100	133	23	2	
6a	16	20	28	105	115	125				96/59	111/71	115/76	65	100	133	22	2	
7a	17	23	32	112	121	132				99/60	112/73	116/77	65	100	133	21	3	
8a	19	25	38	117	127	140				100/62	113/75	118/79	62	91	130	20	3	
9a	22	29	44	122	133	145				103/64	114/75	120/80	62	91	130	19	2	
10a	24	33	51	125	137	150				104/65	116/71	122/81	62	91	130	19	2	
11a	26	37	57	130	145	157				106/66	117/73	124/83	62	91	130	19	2	
12a	30	42	65	137	150	165				108/64	120/75	126/85	60	85	119	19	2	
13a	34	46	72	144	167	170				110/64	122/76	128/85	60	85	119	18	3	
14a	36	49	77	148	160	173				112/65	124/77	131/85	60	85	119	18	2	
15a	40	52	82	150	162	174				115/66	126/77	133/85	60	85	119	17	2	
16a	42	54	84	150	163	175				117/67	130/78	136/86	60	85	119	16	3	
17a	43	55	86	151	163	175				120/68	132/80	140/87	60	85	119	16	3	
18a	44	56	87	151	164	175				120/68	135/80	140/87	60	85	119	16	3	
19a	45	57	88	151	164	175				120/68	135/80	140/87	60	85	119	16	3	
20a	45	58	89	151	164	175				120/68	135/80	140/87	60	85	119	16	3	

EDAD	NIÑOS																	
	PESO			TALLA			PC			TA			FC			FR		
	p5	p50	p95	p5	p50	p95	p5	p50	p95	P5	P50	P95	P5	p50	p95	P5	p95	
0m	2.5	3.5	4.2	45	50	55	31.5	36	38	84/52	90/65	90/65	121	149	179	30	6	
1m	3	4.5	5.5	50	55	60	34	38	41	84/52	90/65	90/65	121	149	179	30	6	
2m	4	5.4	6.6	55	58	63	35	40	43	86/52	91/64	105/67	121	149	179	30	6	
3m	4.1	5.5	7	56	61	66	38	41	44	90/52	95/64	106/68	106	141	186	30	6	
4m	5.2	6.8	8.4	58	64	68	38	42	45	91/53	96/65	110/69	106	141	186	30	6	
5m	5.8	8	9	61	65	70	40	43	46	92/53	97/66	110/69	106	141	186	30	6	
6m	6.2	8	10	62	67	72	41	44	46.5	93/54	100/66	111/70	109	134	169	30	6	
7m	6.8	8.4	10.4	64	69	74	42	44.5	47	93/54	100/67	111/71	109	134	169	30	6	
8m	7.2	9	11	65	70	76	42.5	45	47.5	94/54	100/68	111/71	109	134	169	30	6	
9m	7.5	9.4	11.4	67	72	77	43	45.5	48	94/54	100/68	111/72	109	134	169	30	6	
10m	8	9.8	12	68	74	79	43.5	46	48.5	94/55	100/68	112/73	109	134	169	30	6	
11m	8.2	10	12.4	69	74	80	43.5	46	48.5	94/55	101/68	112/73	109	134	169	30	6	
12m	8.4	10.4	12.8	70	75	82	44	46.5	49	92/56	104/69	106/73	89	119	151	27	4	
15m	9	11	13.8	73	79	85	45	47	49.5	92/56	104/69	106/73	89	119	151	27	4	
18m	9.6	11.8	14.4	76	82	87	45	48	50.5	92/56	104/69	106/73	89	119	151	27	4	
21m	10	12.2	15	78	85	91	45.5	48.5	51	92/56	104/69	106/73	89	119	151	27	4	
24m	10.4	12.8	15.6	81	87	94	46	49	51.5	92/56	105/69	109/73	89	119	151	25	3	
27m	10.8	13	16	83	90	97	46	49	52	92/56	105/69	109/73	89	119	151	25	3	
30m	11	13.4	16.6	85	92	99	46	49.5	52	92/56	105/69	109/73	89	119	151	25	3	
33m	11.4	14	17.4	87	94	102	46.5	49.5	52.5	92/56	105/69	109/73	89	119	151	24	3	
36m	11.8	14.4	18	89	96	104	46.5	50	52.5	93/56	106/69	110/73	73	108	137	22	2	
4a	12.5	16	22	95	102	110				94/57	106/69	112/74	73	108	137	22	2	
5a	14	17	25	100	109	117				94/57	108/69	112/74	65	100	133	22	2	
6a	16	20	28	106	115	125				96/58	112/72	115/75	65	100	133	21	3	
7a	17	23	34	112	122	132				98/61	114/73	118/76	65	100	133	21	3	
8a	19	25	39	117	127	139				100/63	115/75	119/78	62	91	130	21	3	
9a	21	29	44	122	129	145				103/64	118/76	121/80	62	91	130	19	2	
10a	24	33	50	126	134	152				103/65	120/78	125/83	62	91	130	19	3	
11a	27	37	57	130	144	151				107/68	123/79	126/85	62	91	130	19	3	
12a	30	42	65	135	150	164				108/68	124/80	128/86	60	85	119	19	3	
13a	34	45	72	142	155	170				110/68	125/80	128/86	60	85	119	18	2	
14a	36	50	77	149	164	179				111/67	126/81	131/86	60	85	119	18	3	
15a	40	52	82	155	170	184				112/67	130/81	134/86	60	85	119	17	3	
16a	42	54	84	159	174	187				112/67	132/81	136/86	60	85	119	17	3	
17a	43	55	86	162	175	188				115/68	135/81	139/86	60	85	119	17	3	
18a	44	56	87	163	176	189				115/68	135/81	139/86	60	85	119	17	3	
19a	45	57	88	164	176	190				115/68	135/81	139/86	60	85	119	17	3	
20a	45	58	89	164	177	190				115/68	135/81	139/86	60	85	119	17	3	

## 15. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto hago presente que la pasante de la licenciatura de Enfermería Brenda Sofía Cano Pérez cuya sede de pasantía es el Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

- Ha solicitado mi colaboración voluntaria para ser entrevistado (a) como parte de un Proceso Atención de Enfermería que se incluye dentro las opciones de titulación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
- La entrevista tendrá una duración de 60 minutos aproximadamente y es posible que se pueda programar una segunda sesión
- Si me incomodan algunas preguntas estoy en libertad de no responderlas y de abandonar la entrevista si así lo decido
- Esta entrevista es independiente del proceso atención que recibo por parte del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", por tal motivo seguiré siendo atendido aun cuando decida no participar.
- La información es estrictamente CONFIDENCIAL y anónima, es decir, que no será identificado y la información que brinde se empleará únicamente con fines académicos.

Así mismo mediante este documento doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria y consciente en este Proceso Atención de Enfermería

Vanessa Izquierdo Nolasco Mama  
Nombre y firma del padre o tutor

Brenda Sofía Cano Pérez  
Nombre y firma del entrevistador