



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



Estudio de caso
**“Alteración en la oxigenación en una lactante por
atresia pulmonar”**

Que para obtener el grado de
Especialista Infantil

Presenta:
L.E. Chalico Pinto Maria Lizbeth

Asesorado por:

E.E.I. Maricela Cruz Jiménez

Ciudad de México, Mayo 2018



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 quien ha formado mi existencia y me regalo la bendición de servir al que sufre, reconfortar el cuerpo y brindar compañía al alma, Dios es mi guía en este camino.

A mis Padres por darme su amor y cariño, el interés y preocupación más pura y sincera, comparto con Ustedes este logro.

A mi Tutora que supo conseguir en mí el más alto desempeño, con su constancia pudo ayudarme a concluir lo que era un proyecto de vida y lo pudo materializar.

A mis hermosos y queridos hijos, el amor se plasma en su existencia Ustedes son la vida, en todo momento están en mi pensamiento y mi corazón.

A mi Esposo por su apoyo incondicional, estar en los momentos de duda y fortalecer el ánimo desgastado. Sin tu ayuda no lo habría conseguido.

Dedicatoria

Decidirse a dar el primer paso siempre es el más complicado por lo confuso e incierto del camino que se está emprendiendo, sin embargo, tenerte junto a mí ha sido el estímulo indicado en el momento justo.

Este logro lo comparto contigo porque sólo tú sabes el esfuerzo que cuesta y significa para mí, dedicado a ti como te dedicaste a mi querido Esposo.

Lizbeth Chalico Pinto

Índice

I	Introducción	4
II	Objetivos	
	2.1 General	5
	2.2 Específicos	5
III	Marco referencial	
	3.1 Artículos revisados con el modelo de Virginia Henderson	6
IV	Marco conceptual	
	4.1 Virginia Henderson	20
	4.2 Proceso de Atención de Enfermería	30
	4.3 Aspectos éticos	40
	4.4 Generalidades de crecimiento y desarrollo de acuerdo al grupo etáreo	47
	4.5 Factor de dependencia (Atresia Pulmonar)	56
V	Metodología	
	5.1 Métodos e instrumentos utilizados	63
VI	Presentación del caso	
	6.1 Descripción del caso	64
VII	Aplicación del proceso de enfermería	
	7.1 Valoración y jerarquización de las necesidades	67
	7.2 Proceso diagnóstico	74
	7.3 Planeación de las intervenciones especializadas	80
	7.4 Ejecución y Evaluación	151
VIII	Plan de Alta	152
IX	Conclusiones	155
X	Sugerencias	155
XI	Bibliografía	156
XII	Anexos	166

I. Introducción

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en conjunto con un modelo teórico permite a la Enfermera valorar, formular diagnósticos de enfermería, planear y ejecutar acciones de enfermería especializadas contribuyendo al desarrollo de conocimientos que favorezcan el cuidado holístico en la persona, familia o comunidad.

El siguiente estudio de caso que a continuación se presenta se realizó durante la Especialización de Enfermería Infantil con sede en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, en un lactante con alteración en la necesidad de Oxigenación por atresia pulmonar siendo ésta una anomalía troncoconal que es considerada una variación extrema de la tetralogía de Fallot con el rasgo adicional de la desconexión total del ventrículo derecho con la arteria pulmonar. Se utilizó el PAE en conjunto con el modelo conceptual de Virginia Henderson como metodología con la finalidad de brindar cuidados especializados logrando la independencia en la persona.

A continuación se describe el contenido de los capítulos. En el capítulo II se elaboraron los objetivos general y específico, en el capítulo III se hace mención del Marco referencial donde se analizan estudios relacionados con la propuesta de Virginia Henderson. En el siguiente capítulo se aborda el Marco conceptual describiendo las etapas del PAE, la evidencia de Virginia Henderson así como aspectos éticos que rigen la profesión de Enfermería, por último en éste capítulo se explica el factor de Dependencia a un lactante con Atresia Pulmonar. Continuando con la metodología se realiza la valoración a través de instrumentos como la hoja de reporte diario y el instrumento de valoración de las necesidades básicas realizándose bajo consentimiento informado. Se continúa en el capítulo VI con la descripción del caso a un lactante con dependencia en la necesidad de oxigenación por atresia pulmonar. Se elabora en el capítulo VII la aplicación del Proceso de Enfermería jerarquizando las necesidades formulando diagnósticos de Enfermería

realizando los planes de intervenciones especializadas para su ejecución y evaluación.

Se presenta el Plan de alta al egreso del paciente en el capítulo VIII, se realizan las conclusiones y sugerencias concluyendo con las referencias bibliográficas y los anexos.

II. Objetivos

2.1 General

Realizar un estudio de caso mediante la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, utilizando el modelo de Virginia Henderson en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a una lactante con dependencia en la necesidad de oxigenación por atresia pulmonar.

2.2 Específicos

1. Realizar la búsqueda de evidencia científica en donde se utilice el PAE y la teoría de Virginia Henderson.
2. Realizar la obtención de información mediante valoración exhaustiva y focalizada en un lactante con dependencia en la necesidad de oxigenación.
3. Elaborar Diagnósticos de enfermería detectando necesidades de dependencia o independencia.
4. Elaborar un plan de intervenciones especializado de enfermería para mejorar o recuperar su salud.
5. Ejecutar el plan de intervenciones evaluando la información, orientadas hacia el mayor bienestar de la persona.
6. Elaborar un plan de alta continuando y asegurando los cuidados en el domicilio.

III. Marco Referencial

3.1 Artículos revisados con el modelo de Virginia Henderson

Se realizó una búsqueda biblio-hemerográfica de estudios de caso en los cuales se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la teoría de Virginia Henderson.

Se utilizaron diversos buscadores como SciELO, Enfermería Universitaria, Enferteca, EBSCO y Medigraphic, de estos artículos encontrados 3 fueron en etapa neonatal, 1 en lactantes, 2 en etapa preescolar, 3 en etapa escolar y 3 en adolescentes, siendo un total de 12 artículos de investigación consultados.

A continuación se analizara cada uno de ellos:

El primer artículo se realizó en la Cd. De México en una institución de tercer nivel de atención del Sector Salud a un neonato masculino de 12 días de vida extrauterina con diagnóstico médico de RN pretérmino con Síndrome de dificultad respiratoria que inicia su padecimiento al nacimiento con pérdida del automatismo respiratorio presentando FR 45-72 por minuto SPO2 por oximetría de pulso entre 78-93% por lo que requiere intubación.

El objetivo de este estudio de caso fue dar a conocer el Proceso de Atención de Enfermería orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson con la finalidad de lograr la independencia del neonato.

La metodología que se utilizó fue a través del PAE bajo el enfoque teórico de Virginia Henderson. Se maneja la entrevista como técnica de recolección de datos, búsqueda de literatura científica en Medline y Scielo como fuente secundaria, localizándose 20 documentos en total brindando fundamentos necesarios para su desarrollo. Se formularon diagnósticos bajo el formato PES, durante la Planeación se consideraron los conceptos de dependencia, independencia, niveles de dependencia, funciones de la enfermera y fuentes de la dificultad, utilizando la interpretación que hace Margot Phaneuf. Las

intervenciones de enfermería se planearon de acuerdo a la evidencia encontrada adaptándose a las condiciones de la UCIN y a los recursos materiales y humanos.

Los resultados fueron que en general se pudieron realizar todas, algunas fueron adecuadas a la situación real, se logró la independencia del binomio madre-neonato sin complicaciones aparentes.

La conclusión de este estudio es que el modelo de Virginia Henderson permitió valorar al neonato de forma general como un ser biopsicosocial.¹

El siguiente artículo de la etapa neonatal se realizó en el Hospital General de la zona conurbada de la Cd de México en el área de cunero patológico a un recién nacido del sexo femenino con diagnóstico de síndrome polimalformativo (síndrome de Patau), producto de la gesta dos, como antecedente obstétrico de la madre refiere cervico vaginitis e infección de vías urinarias al tercer mes del embarazo tratada con ampicilina y crema vaginal no especificada así como enfermedad hipertensiva, motivo por lo que se decide interrumpir el embarazo por medio de cesárea a las 34 SDG.

Pesó de 2.035 kg. Talla 47cm, APGAR 4/8, se proporcionan maniobras de resucitación avanzada. Se observa microcefalia, hipoplasia del pabellón auricular (bilateral), labio hendido bilateral, exoftalmos en ojo derecho, ausencia de huesos propios de la nariz, cuello corto y polidactilia en ambos pies.

El objetivo de éste artículo fué dar a conocer la experiencia de un estudiante de enfermería en la ejecución de un plan de intervenciones enfocado en la implementación de los cuidados paliativos ya que la falta o escasa preparación produce ciertas alteraciones en el nivel emocional.

La metodología utilizada fué la Teoría de Virginia Henderson con el formato de necesidades básicas y la implementación del PAE. La técnica de recolección de datos fue a través de fuentes primarias como la entrevista, visita

domiciliaria y fuentes secundarias como el expediente clínico y revisión bibliográfica en diversas fuentes como Pubmed y BVS. Se formularon 4 diagnósticos de enfermería con el formato PES. Se implementó el plan de intervenciones jerarquizando y priorizando cada necesidad considerando su etapa terminal y enfocados en mejorar su calidad de vida. Se consideraron los principios de Helsinki durante el desarrollo del estudio

Los resultados fueron con la paciente mejorar la calidad de vida así como cubrir todas sus necesidades.

Establecido el objetivo a alcanzar con la paciente, se tuvo un mejor control de las emociones por parte del estudiante de enfermería.

La conclusión fué no perder de vista el objetivo y los alcances de las intervenciones en función de brindar la mejor calidad de vida. Todas las personas deben recibir una adecuada atención al final de la vida, no debe ser considerado un privilegio si no un auténtico derecho.²

El siguiente artículo de la etapa neonatal se realizó en la región de Veracruzana, de Orizaba Veracruz, México, a un recién nacido de término eutrófico presentando múltiples vesículas y lesiones en la piel que aparecieron a los pocos minutos de nacimiento iniciando en los dedos de la mano derecha, posterior en sitios de roce y sujeción, además de presentarse en boca. La función cardiaca y respiratoria se encuentra normal, fue necesario la instalación de una sonda orogástrica para alimentación. Dentro del tratamiento se utilizaron antibióticos tópicos en lesiones y manejo mínimo y gentil en el tratamiento higiénico-dietético ya que en labios también aparecieron dichas lesiones.

El objetivo de éste artículo fué dar a conocer el Proceso de Atención de Enfermería fundamentado en el modelo de Virginia Henderson identificando la necesidad de seguridad y protección como la más afectada.

La metodología que se utilizó fué el PAE y la teoría de Virginia Henderson, diseño de tipo cualitativo-descriptivo. La recolección de datos fué a través de fuentes primarias como la entrevista y fuentes secundarias como la historia clínica y la guía de valoración en base a las 14 necesidades humanas, se planteó un Diagnóstico real y se establecieron intervenciones de Enfermería (NIC) dirigidas al manejo higiénico-dietético y prevención de infecciones.

Los resultados fueron favorables, se trató de un caso nunca antes visto en la unidad médica. No fue fácil la aplicación de intervenciones de Enfermería ya que se minimizó el tacto con el neonato.

La conclusión fué la difusión de éste caso clínico es necesario para ayudar al estudio de ésta patología, la aplicación del Proceso Enfermero y las intervenciones específicas dirigidas al manejo de neonatos con este problema.³

En cuanto a un lactante se refiere al artículo que se realizó en México en el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez a un lactante masculino de 1 año 6 meses de edad originario de Uruapan Michoacán, inició su padecimiento al nacimiento detectando ectopia cordis parcial toracoabdominal, gastrosquisis, presentando sepsis neonatal, fue referido al INC para estudio de cardiopatía, a su ingreso presenta cianosis central, ectopia cordis parcial toracoabdominal, defecto de pared abdominal de 10 cm. Aproximadamente con protusión de vísceras abdominales, se realizó tomografía axial reportando cardiopatía compleja con defecto del septum atrioventricular, ectopia cordis, estenosis infundibular, doble salida del ventrículo derecho, defecto septal ventricular, defecto mural de la línea media subxifoideo con herniación del ápex cardiaco y vísceras abdominales, defecto óseo en núcleos de osificación xifoideos y defecto diafragmático anterior, se refiere al hospital Infantil de México Federico Gómez para manejo integral en condición estable sin medicación.

El objetivo de éste artículo fué dar a conocer el PAE aplicado a un lactante mayor con patología de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson.

La metodología que se utilizó fue el PAE con el enfoque conceptual de Virginia Henderson de manera descriptiva, prospectiva y transversal, realizando recolección de datos mediante fuentes en bases de datos como Pub Med, Inbiomed, SciELO, LILACS, Artemisa, Medigraphic, Medline y la Biblioteca Virtual en Salud. Se valoraron las 14 necesidades básicas del niño, se elaboraron diagnósticos de enfermería utilizando el formato PES, se realizaron intervenciones de enfermería utilizando Guías de Práctica Clínica Cardiovascular además de una evaluación y un plan de alta.

Los resultados fueron que la aplicación de un proceso enfermero permitió brindar cuidados de calidad la dependencia de mayor prioridad no disminuyo, ni la saturación de oxígeno, las constantes vitales se mantuvieron en parámetros normales, sin presencia de infecciones nosocomiales ni eventos adversos. La conclusión es que la participación de enfermería es fundamental en el área hospitalaria como en el domicilio propicia una mejor calidad de vida disminuyendo riesgos de infección y de lesión en patologías de pronóstico desalentador.⁴

La etapa preescolar presentó un artículo que se realizó en México en el Hospital de Cardiología Ignacio Chávez a un preescolar de 4 años 8 meses de edad que inició su padecimiento en el 2009 a los dos meses de edad al presentar cianosis al llanto y a la alimentación diagnosticada en el Instituto Nacional de Cardiología con atresia pulmonar con comunicación interventricular y ramas pulmonares hipoplásicas donde se realizó colocación de FSP de Blalock-Taussig modificada, en 2013 ingresa por aumento de la cianosis y presencia de crisis de convulsivas detectándose oclusión FSP por lo que se programa para cirugía de Fontan y colocación de Sten en la rama pulmonar izquierda y atrioseptostomia permaneció en terapia intensiva

posteriormente es trasladada al servicio de Cardiología Pediátrica, es dada de alta el 4 de diciembre por mejoría realizándose seguimiento domiciliaria.

El objetivo de este artículo fué dar a conocer un plan de cuidados especializado, individualizado e integral durante el alta y seguimiento domiciliario basado en el modelo de atención de Virginia Henderson.

La metodología para este estudio, se utilizó el PAE y la teoría de Virginia Henderson, se recolectaron datos de fuentes primarias y secundarias como bases de datos electrónicas que sustentaron el marco teórico y el PAE. Se obtuvieron en total siete valoraciones basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson jerarquizando las necesidades alteradas. Se desarrollaron diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y de salud con formato PES utilizando la taxonomía de la NANDA. Se realizó un plan de intervenciones evaluando los planes determinando el grado de independencia con base en los objetivos propuestos.

Los resultados fueron que en este estudio de caso se comprobó la eficiencia del plan de alta y el seguimiento domiciliario, el niño se reincorporó a sus actividades cotidianas mejorando su calidad de vida.

La conclusión es que mediante la elaboración de un plan de alta y seguimiento domiciliario se puede realizar una intervención integral y especializada, para lograr una mejor calidad de vida, incorporando al cuidador primario en su cuidado con la finalidad de lograr la independencia en el niño.⁵

También se relacionó con la etapa preescolar el artículo realizado en el Hospital regional de Maracaibo, Zulia, Venezuela, a un paciente del sexo masculino de 2 años 11 meses de edad que inicio su padecimiento al presentar tropiezos y caídas en tres ocasiones durante la deambulacion con disminucion de la fuerza en extremidades inferiores y pérdida de la movilidad. Es atendido por médico particular donde es valorado y tratado a base de metronidazol,

Diyodohidroxiquinoleína, Combantrin y vitaminas, además decide llevarlo con un curandero que señala tener un problema de columna vertebral.

En la exploración física irritable, llanto con lágrimas, pupilas isocóricas normorrefléctivas, mucosa oral hidratada, cuello corto cilíndrico sin adenopatías, tórax simétrico con campos pulmonares bien ventilados sin presencia de estertores o sibilancias, precordial dinámico, sin soplos, sin galope, abdomen blando depresible peristalsis presente, timpánico a la percusión. Se muestra notable disminución de la fuerza en miembros superiores e inferiores (escala de Daniel 0-5) sin presencia de reflejos, sensibilidad disminuida, pulsos palpables, llenado capilar inmediato, presenta complicaciones y compromiso de los músculos respiratorios, es ingresada al servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, se realiza intubación endotraqueal y posterior se realiza traqueostomía, es manejado con tratamiento farmacológico.

El objetivo de este artículo fué dar a conocer el PAE desde el enfoque de Virginia Henderson a un paciente pediátrico con síndrome de Guillain Barre.

La metodología para éste estudio un diseño de tipo cualitativo-descriptivo mediante la aplicación del PAE desde el enfoque de Virginia Henderson, la recolección de datos fue a través de fuentes primarias como la entrevista y fuentes secundarias como la historia clínica, se utilizó la guía de valoración por aparatos y sistemas, se planteó el diagnóstico real de Enfermería estableciendo intervenciones de Enfermería.

Los resultados fueron que los profesionales de enfermería al contar con herramientas metodológicas facilitan el enfoque de las intervenciones de Enfermería.

La conclusión es que el personal de Enfermería debe contar con un amplio conocimiento de la enfermedad y de esta manera ayudar al paciente a obtener su independencia.⁶

El artículo referido a la etapa escolar que se realizó en México en el servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez a un escolar de 9 años que inicia su padecimiento al nacimiento con Tetralogía de Fallot con atresia pulmonar y septum interventricular, en octubre del 2011 ingreso a este instituto con deterioro funcional, disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, SPO2 60% y cianosis grado IV de tres meses de evolución, se realizó cateterismo cardiaco con distensión de la fistula sistémico pulmonar (FSP) izquierda de 6mm, presento neumotórax izquierdo el cual tuvo solución se egresa el día 8 de noviembre del 2011 en buenas condiciones a su domicilio con vigilancia por el servicio de consulta externa.

El objetivo de éste artículo fué dar a conocer bajo el modelo de Virginia Henderson y el PAE el estudio de un caso a un escolar durante la etapa pre, tras, y posquirúrgica individualizando los cuidados para lograr la independencia de la persona.

La metodología para este estudio fue la utilización del PAE y la teoría de Virginia Henderson, se recolectaron datos de fuentes primarias y secundarias como la búsqueda sobre artículos en bases de datos electrónicas. se realizaron cuatro valoraciones una exhaustiva y tres focalizadas con el instrumentos de las 14 necesidades de Virginia Henderson y el formato del INCICH, se analizaron y jerarquizaron necesidades de acuerdo al grado de independencia y dependencia utilizando la escala de continuidad de Phaneuf, se hizo la elaboración de diagnósticos de enfermería mediante el formato PES utilizando etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA por último de elaboraron planes de cuidado.

Los resultados fueron satisfactorios de manera general, se detectó un aumento del nivel de independencia logrando el egreso en las mejores condiciones clínicas posibles, satisfaciendo la necesidad de oxigenación la cual fue la más afectada.

La conclusión es que al utilizar las herramientas metodológicas como el PAE y el modelo de Virginia Henderson se facilita el reconocimiento de las necesidades alteradas solucionando los problemas detectados por medio de la realización de intervenciones basadas en la evidencia científica.⁷

A su vez el artículo que se realizó en un centro hospitalario docente de la región de Valparaíso, Chile a una escolar de 7 años que inicia su padecimiento hace un año presentando ITU con manejo ambulatorio, se diagnostica Pielonefritis aguda tratada con aminoglucosido endovenoso y posteriormente fluoroquinolona vía oral, se realizó una ecotomografía pélvica que señalo posible doble sistema excretor unilateral.

El objetivo de éste estudio fué analizar el caso de una escolar hospitalizada aplicando el PAE que permitirá reflexionar sobre el ejercicio profesional con enfoque integral y fortalecer el empoderamiento del rol profesional.

La metodología utilizada fué el PAE la recolección de datos fue a través de fuentes primarias como la entrevista directa con el familiar, fuentes secundarias como revisión de documentos como la ficha clínica, registros del equipo de salud, además de la exploración física y la observación. Se organizaron datos obtenidos para identificar y priorizar necesidades elaborando diagnósticos de enfermería utilizando el formato PES. Se elaboró un plan de intervenciones otorgando los cuidados planteados. La evaluación se realizó con la monitorización de indicadores.

La conclusión de este estudio de caso fué que permitió estimular la reflexión individual y colectiva respecto al ejercicio profesional, permite considerar la importancia del desarrollo de la competencia en el ámbito de la comunicación y gestión, se logra transferir el enfoque de integralidad al proceso de atención de enfermería durante las prácticas clínicas.⁸

Por ultimo en la etapa escolar se encontró el artículo realizado en la consulta externa del Hospital Infantil de Zaragoza a un niño de 12 años de edad que

ingresó hace tres meses por presentar fiebre y malestar general de dos meses de evolución, a los 6 meses se detectó soplo sistólico al año de edad con amigdalitis de repetición realizando amigdalectomía a los 5 años de edad. Se colocó una prótesis a los 4 años de edad por presentar estenosis aórtica.

Ingresó por revisión Cardiológica refiriendo pinchazos precordiales, a la auscultación soplo sistólico largo residual de intensidad III/VI y soplo diastólico largo de muy alta frecuencia de intensidad II/VI, además de insuficiencia cardiaca. Ha presentado fiebre nocturna desde hace 2 meses con duración de 1 a 3 días tratada con antibióticos, presenta palidez, astenia y diaforesis.

El objetivo de éste artículo fué dar a conocer el PAE con base en la propuesta de Virginia Henderson identificando la necesidad de oxigenación con la de mayor dependencia.

La metodología que se utilizó fué el PAE y la teoría de Virginia Henderson. La valoración se realizó mediante la recolección de la información utilizando la entrevista y el examen físico, se realizaron diagnósticos enfermeros, además de la planificación, ejecución y evaluación.

Los resultados fueron que la fiebre y diaforesis ha desaparecido, los signos vitales se encuentran dentro de los límites normales continúan los pinchazos precordiales y la disnea de esfuerzo. Los resultados de ECG, RX de tórax y cateterismo cardiaco son desfavorables debido a que las valvas aórticas están deformadas y el orificio valvular es excéntrico es recomendable otra intervención quirúrgica para colocar una nueva prótesis.

La conclusión es que el PAE debe ser individualizado con el fin de facilitar su recuperación, mejorar su calidad de vida durante y después de la enfermedad los cuidados deben estar relacionados con su mejora tanto física como psicológica.⁹

En lo que refiere a la adolescencia el artículo realizado en la Ciudad de México en el Hospital Infantil Federico Gómez a una adolescente femenina que inicia

su padecimiento a los dos días de nacimiento con hiperbilirrubinemia requiriendo exangineotransfusión, posterior con lesión edematosa infraumbilical equimótica y necrótica tratada con antibioticoterapia, es referida a este hospital donde es diagnosticada en el servicio de urgencias con celulitis infraumbilical y fascitis necrosante tratada con antibióticos e ingresada al servicio de UCIN, es diagnosticada con deficiencia de proteína C. es valorada por oftalmología con pérdida irreversible de la visión por desprendimiento de retina, y por el servicio de hematología trombocitopenia y tiempos de coagulación prolongados. Desde el año del 2008 se ministra plasma fresco congelado cada 72hrs. Incluyendo enoxaparina cada 24hrs por vía subcutánea, teniendo varias reinstalaciones del catéter permanente.

El objetivo de este artículo fue dar a conocer el estudio de caso realizado a una adolescente con deficiencia de proteína C con dependencia en la necesidad de seguridad y protección mediante intervenciones especializadas de enfermería junto con la participación de la familia.

La metodología que se utilizó fue el PAE orientado en la propuesta de Virginia Henderson. En la etapa de valoración se realizó la recolección de datos a través de fuentes primarias con la paciente y el cuidador primario y fuentes secundarias como el expediente clínico y búsquedas de referencias bibliográficas, se realizaron 14 valoraciones focalizadas, utilizando los esquemas de continuum y la gráfica del grado de dependencia. Se elaboraron 15 diagnósticos de enfermería con el formato PES de los cuales 6 están en dependencia, 4 en riesgo y 5 en independencia.

La planeación de las intervenciones se realizó conforme a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Se encuentra dependencia en la necesidad de seguridad y protección ya que debido a su tratamiento es necesario romper la primera barrera de protección que es la piel, asiste al hospital a transfusión cada 72 hrs., además aun no utiliza algunos instrumentos de apoyo como el bastón para invidentes, su casa no cuenta con

las medidas de seguridad para su desplazamiento. Los resultados fueron que con las estrategias implementadas se logró que la paciente llegara a la independencia.

La conclusión es que mediante la implementación del PAE se otorga una atención de enfermería personalizada, se valora a la paciente como un ser integral, se reconoce la importancia que tiene la familia para que la paciente mejorara el nivel y grado de dependencia.¹⁰

En la misma etapa del adolescente se encontró un artículo que fue realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, en un adolescente del sexo masculino el cuál es referido por médico particular por presentar temperatura de difícil control de 38 grados de más de dos semanas, petequias en cuello y epistaxis. Se realiza aspirado de médula ósea diagnosticando Leucemia Linfoblástica Aguda L2, iniciando tratamiento con antineoplásicos.

El objetivo de éste artículo fue dar a conocer el Proceso Atención de Enfermería con base en la propuesta de Virginia Henderson a un adolescente masculino con dependencia en la necesidad de seguridad y protección.

La metodología para éste estudio, se utilizó el PAE y la teoría de Virginia Henderson. La obtención de datos se realizó a través de la valoración exhaustiva y focalizada de las 14 necesidades identificando las de mayor dependencia de dependencia a través del gráfico Continuum Independencia-Dependencia identificando grado y duración, se utilizó el formato PES y PE para la elaboración de los diagnósticos elaborando y jerarquizando 16 diagnósticos de enfermería sólo el de mayor jerarquía se incluye , para la planeación se utilizó la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), se concluye con la evaluación considerando el logro de los objetivos y el nivel de dependencia.

Los resultados fueron que se logró disminuir el grado de dependencia en la necesidad de seguridad y protección de un nivel 4 a un nivel 3, se llegó a la

independencia en las necesidades de termorregulación, vestido y desvestido y recreación.

La Conclusión es que el PAE en conjunto con la propuesta de Virginia Henderson orienta al cuidado integral del paciente, permite el logro de los objetivos planteados al contar con una base teórica y metodológica.¹¹

Otro artículo enfocado a esta etapa que se realizó en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, a una adolescente de 12 años de edad que inicia su padecimiento a los 2 años, al realizar actividad de esfuerzo, referida al Hospital Infantil de México en 2001. Se realizan estudios de gabinete diagnosticando cardiopatía congénita de ventrículo único con doble vía de salida, inicia con tratamiento con medicamentos anticongestivos y antihipertensivos, posterior se realiza cirugía de Glenn bidireccional previo a la cirugía de Fontan que se realiza en 2010 con complicaciones de congestión pulmonar con evolución satisfactoria egresando con tratamiento de medicamentos.

En 2011 reingresa con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva presentando fiebre de 39°C, diaforesis, edema de miembros pélvicos, tos productiva, disnea de pequeños esfuerzos, aleteo nasal, tiraje intercostal, se instala catéter Tenkoff para inicio de diálisis peritoneal.

El objetivo de este artículo es dar a conocer el proceso de atención de Enfermería con base en la propuesta filosófica de Virginia Henderson identificando la necesidad de oxigenación con la mayor dependencia.

La metodología que se utilizó fué a través del PAE y la teoría de Virginia Henderson, se utiliza un instrumento diseñado por la academia de enfermería de la ENEO para niños en etapa escolar de 6 a 12 años recabando datos subjetivos y objetivos a través de la exploración física, se utilizó la hoja de reporte diario para la valoración focalizada de necesidades determinando grado y duración de dependencia a través del grafico Continuum independencia-dependencia. Se elaboraron y jerarquizaron 14 diagnósticos,

solo los de mayor prioridad se incluyen. Se diseñaron planes de cuidado con intervenciones fundamentadas concluyendo con la evaluación.

Los resultados fueron que se logró el objetivo planeado, brindar el cuidado aplicando la metodología del PAE con base en la propuesta de Virginia Henderson, se llevó a cabo la valoración exhaustiva y focalizada de las 14 necesidades enfocándose a la necesidad de oxigenación realizándose 14 seguimientos para realizar las intervenciones.

No se pudo desarrollar la necesidad de realización.

No fue posible disminuir el nivel de dependencia debido a la complejidad de la patología.

La conclusión: la necesidad de oxigenación es la más alterada, constituye una de las necesidades fisiológicas prioritarias, es relevante que cuando se sospeche de algún caso en los niños durante la consulta externa, se realice la valoración correspondiente y de ésta forma poder realizar las intervenciones independientes, interdependientes así como dependientes.¹²

Conclusiones

Al haber analizado la anterior bibliografía se puede establecer un marco referencial que coadyuve como fuente de conocimiento y permita reforzar la aplicación de estrategias en las intervenciones, es decir, los textos estudiados son una herramienta que permita delimitar un campo de acción específico focalizado en un método de resultados aplicados siempre en la búsqueda de la máxima efectividad de la práctica en el cuidado.

IV. Marco conceptual

4.1 Virginia Henderson

Generalidades

El modelo de enfermería provee un marco de referencia que conduce a la práctica, están fundamentados en principios filosóficos y científicos que reflejan el pensamiento y los valores que tienen sobre la práctica de enfermería, se describen como guías teóricas que reflejan la práctica.

Los modelos teóricos presentan proposiciones fundamentadas en las grandes teorías y corrientes filosóficas que definen conceptos y la forma de relación entre ellos y como deben establecerse las relaciones entre el personal de enfermería y la persona.

Su modelo conceptual ampliamente utilizado se basa en las necesidades humanas y es el que tiene mayor aceptación en nuestro entorno.¹³

Antecedentes

Virginia Henderson nació en Kansas City, Estados Unidos el 19 de marzo de 1897, vivió en Virginia a partir de 1901, comenzó a interesarse por la enfermería ingresando en la escuela de la Armada de Washington D.C en 1918, graduándose en 1921, en 1929 obtiene el grado de Master en la Universidad de Columbia, en 1955 da su propia definición de Enfermería.¹⁴

En 1966 publica su obra *the Nature of Nursing*, en donde describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera, da a conocer los componentes básicos de los cuidados (14 necesidades).

Obtuvo 9 títulos doctorales de diversas universidades, el 30 de noviembre de 1996 fallece de muerte natural a los 99 años.¹⁵

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de necesidades humanas donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su vida.

De acuerdo con lo anterior el rol de la enfermera puede ser de:

- ✓ Suplencia: el objetivo de los cuidados es conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades, supliéndolo en todas y cada una de las acciones que él no pueda realizar.
- ✓ Ayuda: el objetivo de los cuidados es ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, mediante la enseñanza de su propio cuidado.
- ✓ Compañera: en éste caso el paciente es independiente y la enfermera sólo refuerza o amplía el conocimiento de este, acerca de aspectos que permitan mejorar su salud y prevenir la aparición de alguna alteración en la satisfacción de sus necesidades.

Metaparadigma desde el enfoque de Virginia Henderson

Enfermería Salud Persona Entorno

Enfermería

Henderson da su propia definición de Enfermería en términos funcionales:

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.¹⁵

Salud

Henderson no da una definición propia de la Salud pero en sus escritos comparo la salud con la independencia.¹⁶

La dependencia en el niño lo define Phaneuf como la Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento, o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.¹⁷

La **independencia en el niño** alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.¹⁷

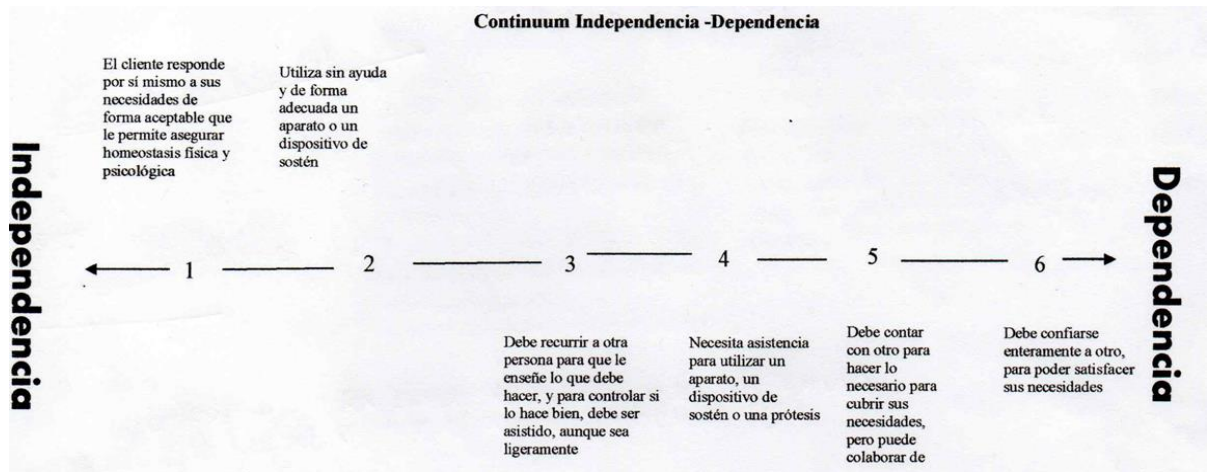
Continuum independencia–dependencia

La gráfica continuum independencia-dependencia se refiere a que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de las personas y en la dependencia existe una carencia.¹⁷

Está representado por 6 niveles:

- *Nivel 1* El cliente satisface todas sus necesidades sin ayuda
- *Nivel 2* El uso de algún aparato o dispositivo es sin dificultad
- *Nivel 3* Inicia con la dependencia necesita la ayuda de otra persona ligeramente o para que lo adiestre.
- *Nivel 4* utiliza algún dispositivo con asistencia.
- *Nivel 5* La asistencia es mayor pero aún puede colaborar
- *Nivel 6* La satisfacción de sus necesidades es totalmente por otra persona. (ver Tabla 1).

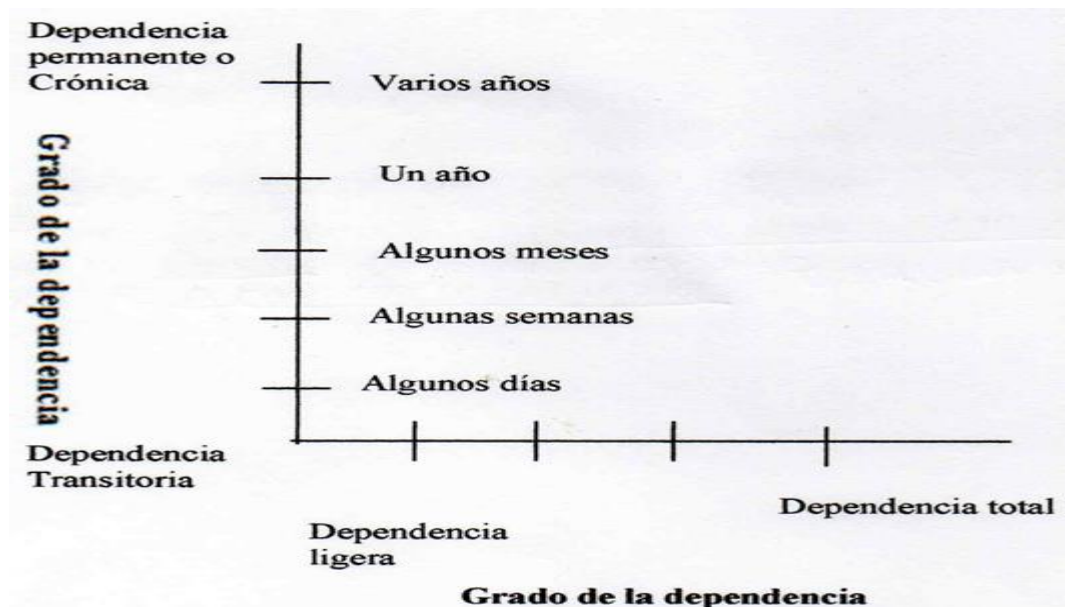
Tabla 1. Continuum independencia-dependencia.



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería p. 31.

La duración y el grado de dependencia debe ser considerada como lo muestra la gráfica puede tratarse de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. (Ver Figura 1).

Figura 1 Relacion entre la duración y el grado de dependencia



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería p. 32.

Cuando una persona no puede satisfacer sus necesidades por si misma hay que preguntarse por la causa de ésta incapacidad, en el modelo de Henderson las causas en la satisfacción y de la dependencia que ellas ocasionan se llaman fuentes de dificultad.

Fuente de dificultad

Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- **Fuerza:** no solo a la capacidad física de las personas, también a la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación.
- **Conocimientos:** los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Voluntad:** entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y al mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.¹⁶

Persona

Henderson conceptualiza al individuo o persona, objeto de los cuidados:

“Ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento”.¹⁶

Necesidad se puede definir como una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.¹³

Necesidades Básicas

1. Respirar normalmente.

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular

2. Comer y beber adecuadamente

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

3. Eliminar los desechos corporales

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4. Moverse y mantener posturas deseables

Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas, permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.

5. Dormir y descansar

Es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse

Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del día “frio, calor y humedad” y permite la libertad de movimientos.

7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo, este debe conservar una temperatura más o menos constante.

8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel

Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana.

9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros

Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades miedos y opiniones.

La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras

11. Rendir culto según la propia fe

Actuar según sus creencias, hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia y la persecución de una ideología.

12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro

Este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás.

13. Jugar o participar en actividades recreativas

Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Aprendizaje

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.¹⁸

Entorno

Virginia Henderson no incluye el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo, la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.¹⁶

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La relación enferme-paciente

Se establecen tres niveles que van desde una relación muy dependiente a la práctica independencia.

1. La enfermera como una sustituta del paciente
2. La enfermera como una auxiliar del paciente
3. La enfermera como una compañera del paciente

La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios, todos se ayudan mutuamente, pero no deben realizar las tareas ajenas.

La relación enfermera-médico

Henderson menciona en su modelo que la enfermera tiene una función especial, diferente de la de los médicos, remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico y recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos.¹⁵

ASUNCIONES FILOSÓFICAS O VALORES

Nos orienta hacia algunas acciones propias de los cuidados enfermeros, que no dependen de la prescripción médica. Hacen referencia exclusivamente al rol profesional debido a que Henderson fue la primera teórica que intento marcar los límites que separan las áreas de competencia médica y enfermera.

- La enfermera ejerce funciones que le son propias.
- Cuando trata de usurpar el rol del médico, descuida sus funciones y las delega en un personal menos cualificado.
- La persona y la sociedad esperan un servicio especial por parte de la enfermera.

ASUNCIONES FILOSÓFICAS O POSTULADOS

En la base de este modelo se hallan algunos Postulados que se toman en consideración, aportan el soporte teórico y científico y se refieren únicamente a la persona, debido al especial interés de Henderson de destacar una visión integral del individuo.

- La persona tiene necesidad de ayuda para conservar su salud o recuperarla, recobrar su independencia o morir en paz.
- La persona cuidada es un ser biopsicosocial y espiritual
- La persona sana o enferma, experimenta ciertas necesidades cuya satisfacción es esencial para su supervivencia.
- La persona se relaciona con su familia y con la comunidad en la que vive.
- La salud depende en gran parte, de la capacidad de la persona para mantenerse independiente frente a la satisfacción de sus necesidades.¹³

SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson no cita directamente sus supuestos fundamentales, éstos han sido adaptados a partir de sus publicaciones:

Enfermería

- ✓ Tiene la función de ayudar a los individuos sanos y enfermos.
- ✓ Actúa como miembro del equipo sanitario.
- ✓ Actúa independiente del médico pero apoya su plan.
- ✓ Está formada en creencias biológicas y sociales.
- ✓ Los catorce componentes de la asistencia de enfermería abarca todas sus funciones posibles.

Persona

- ✓ Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- ✓ La mente y el cuerpo son inseparables.
- ✓ El y su familia forman una unidad.

Salud

- ✓ Representan calidad de vida
- ✓ Es necesaria para el funcionamiento humano.
- ✓ Requiere independencia e interdependencia.
- ✓ Los individuos recuperan su salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Entorno

- ✓ Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en ésta capacidad.
- ✓ La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
- ✓ Las enfermeras deben de conocer hábitos sociales y prácticas religiosas para valorar sus riesgos.¹⁵

4.2 Proceso de Atención de Enfermería

Concepto

El PAE se define como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces.¹⁹

Alfaro menciona los siguientes objetivos del PAE.

Objetivos

- prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales, para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos del individuo

El PAE consta de 5 etapas interrelacionadas y progresivas que son:

Primera etapa Valoración:

Constituye la primera etapa del PAE, tiene como finalidad la recogida, organización, clarificación y validación de aquellos datos sobre el estado de salud de la persona, familia o comunidad que permitan identificar situaciones que puedan generar problemas de salud.¹⁷

Alfaro define a la valoración como el primer paso para determinar el estado de salud.

Tipos

Existen 2 tipos de valoración:

1. Valoración de los datos básicos (inicio de los cuidados). Es la información general que se reúne con la persona para valorar todos los aspectos de salud.

2. Valoración focalizada. Datos que determinan el estado de un aspecto de su estado de salud.²⁰

Como refiere Phaneuf la enfermera debe acudir a distintas fuentes de información, para llevar a cabo la recogida de datos.

Fuentes de información

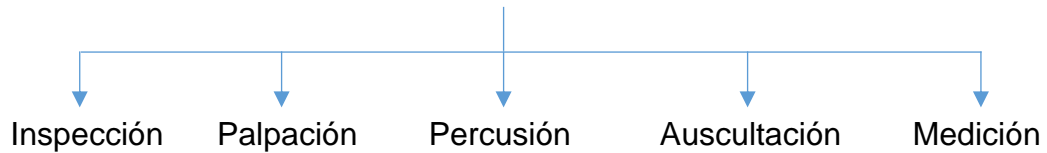
- Fuente primaria o directa de información, será siempre el cliente.
- Fuente secundaria como la historia clínica, la familia, el entorno del cliente, la información con los demás miembros del equipo de salud.²¹

Existen tres formas principales para poder realizar la recolección de datos

Métodos de recolección

1. **La Observación** se define como la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior.
2. **Entrevista** es una interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. La entrevista tiene tres fases:
 - a) **Introducción:** momento en que se pone en marcha la entrevista, la enfermera explica sus funciones y lo que pretende con el recuento.
 - b) **Desarrollo:** consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre la enfermera y el cliente, se escucha y observa atentamente a la persona.
 - c) **Conclusión o cierre:** es la finalización de la entrevista, se puede dar las gracias al cliente por su colaboración, si se necesita entrevistar de nuevo es necesario que se informe.²¹
3. **Exploración física:** consiste en el exámen sistemático del paciente con el fin de encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional, confirmando los datos obtenidos durante la entrevista.

MÉTODOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA



Durante la valoración se establece un orden siendo céfalo caudal considerando el aspecto anatómico hasta el funcionamiento fisiológico, por aparatos y sistemas valorando aspecto general, constantes vitales y cada sistema enfocado al de mayor afectación.

Validación de la información

Alfaro refiere que la validación de que la información está completa y es real evita los aspectos siguientes:

- Hacer asunciones
- Evitar información pertinente
- Malinterpretar las situaciones
- Extraer conclusiones precipitadas
- Cometer errores en la identificación de problemas

Organización de datos

Clasificar la información en datos subjetivos y objetivos ayudan al pensamiento crítico porque cada parte de la información complementa y clarifica la otra.

- Subjetivos: no son medibles y son referidos por la persona.
- Objetivos: son observables y medibles.

Existen diversas formas de agrupar los datos

- Agrupar los datos según una perspectiva enfermera (sobre patrones de funcionamiento y respuestas humanas).
- Agrupar los datos según los sistemas corporales.

Segunda etapa Diagnóstico: como lo refiere Christensen un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados.²¹

Normas y errores más comunes

- Considerar que el diagnóstico de enfermería es la manifestación de un problema de la enfermera con el paciente.
- El malentendido que surge por confusión con el diagnóstico médico.

Las pautas son las normas en relación al formato del diagnóstico se describen en términos de claridad, especificación, descripción y etiología.

1. Es claro y conciso.
2. Es específico, preciso y se centra en el paciente
3. Puede ser un enunciado descriptivo
4. Puede expresarse como un enunciado etiológico
5. Proporciona dirección para las intervenciones de enfermería
6. Puede ser implementado por las intervenciones
7. Refleja el estado actual de salud del individuo²¹

La formulación del diagnóstico enfermero comprende **el problema, su causa y las manifestaciones del problema.**

Componentes de la Etiqueta diagnóstica

La mayoría de las etiquetas diagnósticas tienen tres componentes:

- Título (etiqueta) y definición: una descripción concisa del problema
- Características definitorias: grupo de signos y síntomas
- Factores de riesgo (relacionados): factores que pueden causar o contribuir al problema.²⁰

Clasificación según la NANDA

- Diagnóstico Real: describe un juicio clínico que se ha confirmado por la presencia de características y signos o síntomas principales.

Los datos de la persona contienen evidencias de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico.

Su estructura según el formato PES

P problema **E** etiología **S** sintomatología

Utilizando el vínculo relacionado con **r/c** y manifestado por **m/p**

- Diagnóstico de Riesgo: cuando existe la vulnerabilidad de desarrollar un problema de una persona al resto de la población en la misma situación.

Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencias de las características definitorias. Si hubiera evidencias de características definitorias sería un diagnóstico real y no de riesgo.

Su estructura utilizando problema y etiología

P problema **E** etiología

Se utiliza el vínculo relacionado con **r/c**.

- Diagnóstico de Bienestar: son juicios clínicos ante situaciones o estados eficaces con la posibilidad e interés de mejorar.²⁰

Su estructura utilizando solo el problema

P problema

Tercera etapa Planeación

Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción, planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que

se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar.¹⁷

Tipos de planeación

- Planeación inicial: se planean intervenciones que requiere el paciente a su ingreso
- Planeación continua: los cuidados de enfermería son de forma continua
- Planeación de alta: se planean intervenciones que requiere el paciente a su egreso en su domicilio

El plan de cuidados tiene cuatro objetivos principales:

1. Promover la comunicación entre los cuidadores.
2. Dirigir los cuidados y la documentación.
3. Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
4. Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidados de la salud para determinar su coste.²⁰

Alfaro refiere que en la planeación se realizan las siguientes actividades:

- Determinar prioridades
- Establecer los objetivos esperados
- Determinar las intervenciones enfermeras
- Asegurarse de que el plan esta adecuadamente anotado

Objetivos

Un objetivo describe un resultado futuro de una acción particular, los objetivos dan dirección para seleccionar o designar las estrategias y el orden y proporcionan medios para que la enfermera y el paciente organicen sus esfuerzos por lo tanto, los objetivos son instrumentos útiles en el diseño, implementación y evaluación del cuidado del paciente.

Los componentes de un objetivo son: **persona, verbo, criterio y tiempo**²¹

Cuarta etapa Ejecución

Es la cuarta parte del proceso de enfermería en donde se ponen en práctica las intervenciones planificadas para el logro de los objetivos establecidos en el plan de cuidados.

1. Preparación: se adecua el plan de cuidados a la situación actual del individuo, valorando además si él cuenta con los conocimientos y habilidades para realizarlos.

2. Realización de las actividades: enfermería realiza las intervenciones prescritas valorando continuamente la respuesta del individuo y en caso necesario modificarlo, su aplicación engloba medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y de promoción.

Las intervenciones de enfermería pueden ser de tres tipos:

Intervenciones independientes: son las actividades que realiza el profesional de enfermería en base a sus conocimientos y habilidades.

Intervenciones dependientes: se realizan por indicación de algún miembro del equipo multidisciplinario.

Intervenciones interdependientes: se llevan a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de salud.

Registro El propósito de los registros es:

1. Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que se ha hecho y como ha estado evolucionando el paciente.
2. Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación
3. Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.

4. Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados.
5. Proporcionar validación para el pago de los servicios.²⁰

Sistema de prestación de cuidados

La etapa de ejecución de los cuidados permite no solo aplicar el plan de cuidados, sino también integrar las funciones de colaboración y las funciones autónomas de la enfermera.

1. Función de cuidados o función terapéutica: atañe a las intervenciones que se dirigen a los cuidados físicos, cuidados de higiene, cuidados técnico relativos al tratamiento, y vigilancia de diferentes parámetros.
2. Función de educación o función pedagógica: una de las funciones más importantes de enfermería es informar al enfermo sobre su enfermedad, su tratamiento y el medio hospitalario. Así mismo es posible que tenga que transmitir conocimientos más formales que exigen una serie de aptitudes y una organización especial.

Quinta etapa Evaluación

Proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería, se comparan sistemática y planeada el estado de salud de la persona y los resultados esperados, consta de tres partes evaluación de logro de los objetivos, revaloración del plan de atención y satisfacción de la persona cuidada.¹³

1. La evaluación del logro de objetivos: su propósito es decir si el objetivo se logró, si el problema del paciente se resolvió se indicará en el plan que el objetivo se logró, cuando el problema no se resuelve o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra se inicia la segunda parte de la evaluación.

2. Revaloración del plan de atención: se cambian o modifican aquellos diagnósticos de enfermería que no fueron funcionales, los objetivos o las intervenciones de enfermería.

En ésta última etapa del proceso, enfermería evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial a la respuesta de las intervenciones determina en qué grado se ha cumplido y se decide si es necesario un cambio en el plan de cuidados.

La Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) ha incorporado componentes para el aseguramiento de la calidad de los cuidados, establecimiento de criterios y guías que incluyan la estructura, el proceso y los resultados de los cuidados.

Evaluación de la estructura: se deben considerar los aspectos físicos, los insumos y materiales, la tecnología para el cuidado.

Evaluación del proceso: incluye la valoración de los conocimientos y juicios que llevaron a realizar las acciones del cuidado y la destreza al realizar dichas acciones.

Evaluación de los resultados: evidencian los cambios generados, deben promover la eficacia a partir del intercambio de conocimientos, vivencias, errores y aciertos que generen cambios en el cuidado.

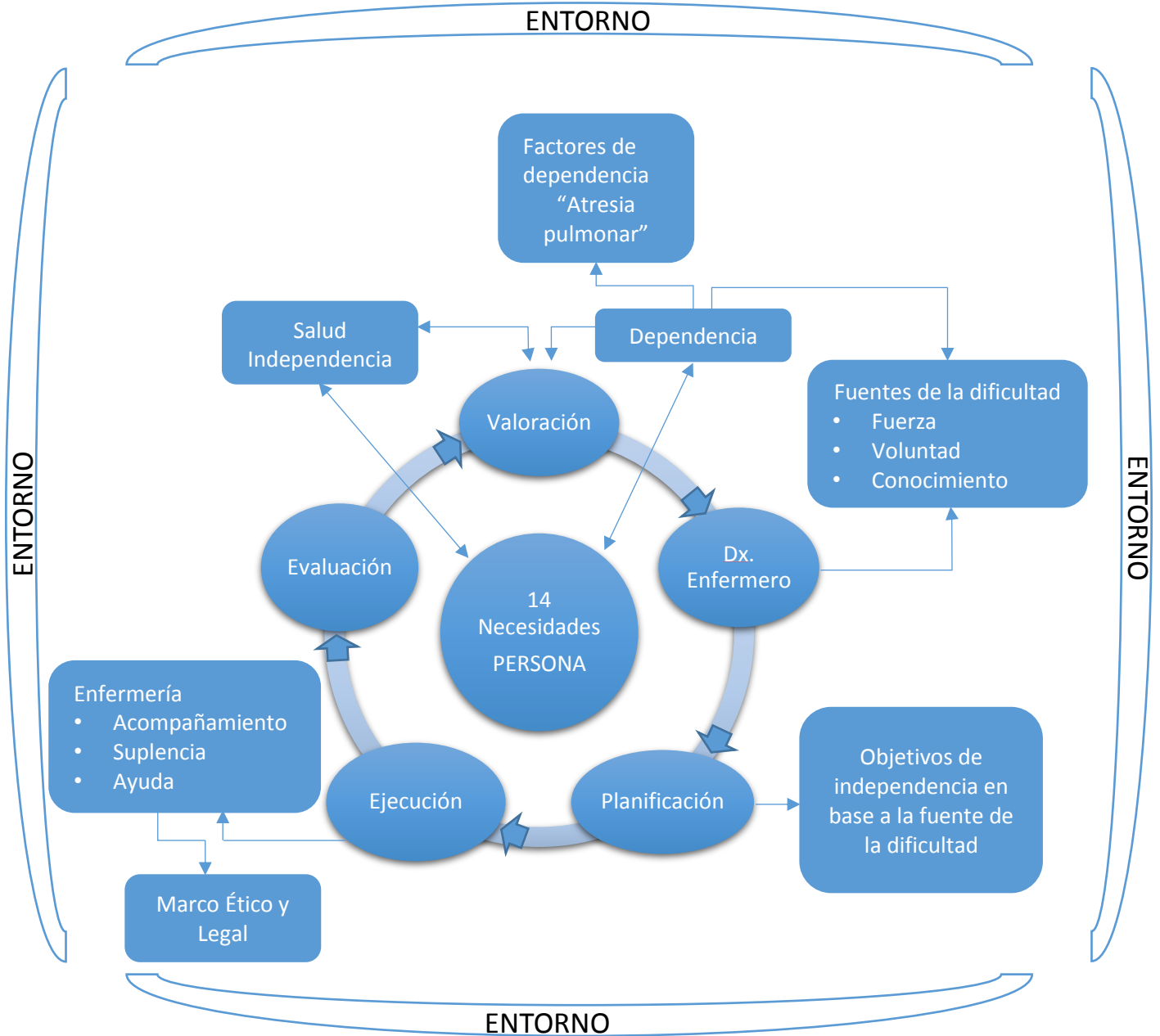
Clasificación NOC

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera, describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente, derivados de los cuidados proporcionados.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.²²

En el siguiente esquema se muestra la relación entre el PAE y la filosofía de Virginia Henderson

Relación entre el Modelo de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería



Elaboró: L.E. Maria Lizbeth Chalico Pinto

4.3 Aspectos Éticos

Introducción

Lo que verdaderamente identifica al hombre y al propio tiempo lo diferencia del resto de los seres biológicos, es precisamente su condición de ser social, es decir, su capacidad de relacionarse con otros hombres en el propio proceso de creación de sus bienes materiales y espirituales. Este tipo de relaciones enfrenta al hombre a situaciones diversas que le crean la necesidad de adoptar las conductas que se consideran las más apropiadas o más dignas de ser cumplidas, según el consenso general del colectivo social al que pertenece.

La Ética es la ciencia cuyo objeto de estudio está circunscrito, precisamente, a una forma específica de comportamiento humano, el comportamiento moral de los hombres en sociedad, actos conscientes y voluntarios que están relacionados con otros hombres, determinados grupos sociales o la sociedad en su conjunto. Dicho en otras palabras, la ética es la ciencia que estudia la moral.

La Enfermería ha venido practicándose como profesión desde hace más de un siglo y en el desarrollo de las teorías ha experimentado una rápida evolución en las últimas cuatro décadas para ser reconocida finalmente como una disciplina académica con un cuerpo doctrinal propio.

El cuidado es la esencia de nuestra disciplina, sustentada por las intervenciones enfermeras, etapa muy importante de nuestro método científico, el Proceso de Atención de Enfermería, para favorecer, mantener o restablecer la salud del paciente.

Es imprescindible que los enfermeros tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que posean un sistema de creencias que revele su responsabilidad y firmeza ética.

Principios éticos en el arte del cuidado

El personal de Enfermería debe poseer la **integridad** necesaria para que su actuación siempre sea correcta y para ello, debe tener presente los principios éticos de autonomía, respeto hacia las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia, confidencialidad, veracidad y fidelidad para entonces brindar cuidados de calidad tanto al individuo, a la familia como a la comunidad.

El **respeto** hacia las personas con frecuencia se utiliza como sinónimo de autonomía. Sin embargo, va más allá de la actitud que deben tener las personas para hacer elecciones autónomas. Beauchamp y Childress han clasificado los elementos incluidos del principio del respeto en dos categorías: los elementos concernientes a la información y los elementos relativos al consentimiento. Nos estamos refiriendo entonces al consentimiento informado.

La **autonomía** designa el gobierno de sí mismo por las propias reglas. Se trata del respeto a los valores personales, que se resume en la capacidad de tomar decisiones racionales y libres de influencias externas y actuar de acuerdo con ellas, incluye los derechos individuales, la privacidad y la elección.

Los enfermeros deben recordar ser prudentes y cuidadosos cuando **informan**. Aun cuando proporcionar la información sea una conducta moralmente adecuada, en el contexto, el modo que se expresa es muy importante.

El **consentimiento informado** debe entenderse como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación de ayuda entre el enfermero y el paciente.

La **beneficencia**, por otro lado, se relaciona con la obligación del enfermero de ayudar al paciente a favorecer sus intereses legítimos dentro de los límites de seguridad. Es el deber de hacer el bien y la promoción activa de actos benéficos (amabilidad, bondad y caridad).

El enfermero tiene que actuar evitando cualquier **daño** y produciendo el máximo **bienestar** a sus pacientes. Entre los posibles beneficios que debe pretender el mismo se encuentra la curación de una lesión o enfermedad. Entre los perjuicios que debe evitar se hallan el dolor, el sufrimiento, la discapacidad y la enfermedad.

La **no maleficencia**, sin embargo, es el deber de no infringir daños, prevenirlos y evitarlos. Se incluye en el principio de la beneficencia, pero en este caso la no-maleficencia podría ser más directa.

El **principio de la justicia** se refiere a la atención de calidad que debe brindarse a todos los pacientes, sin importar su posición económica y social, atributos personales o naturaleza del problema de salud. Todos los pacientes tienen que ser tratados de la misma forma, a pesar de sus diferencias. La justicia establece que casos similares deben ser tratados de igual manera.

La **confidencialidad** o derecho a la intimidad se relaciona con el concepto de privacidad. La información obtenida de una persona no será revelada a otra a menos que sea en beneficio de la misma o que exista un lazo directo con una buena acción social.

El **principio de la veracidad** se cumple cuando el enfermero tiene la obligación de decir la verdad y no mentir o engañar. Debe proporcionarse toda la información relacionada con los procedimientos y diagnósticos de Enfermería. La fidelidad, sin embargo, es el deber de ser leal a los compromisos de cada persona y mantenerlos siempre.²³

Código de conducta para la enfermería

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su

comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo.

Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

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

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de

afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive;

- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:
- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

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

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.²⁴

El cuidado enfermero es el eje alrededor del cual se articula la Enfermería. En el presente artículo se ha argumentado sobre los principios que guían el modo de actuación profesional del personal de Enfermería cuando se brindan cuidados al paciente, a la familia y la comunidad; en cuya actuación debe manifestarse una responsabilidad ética, además de las consideraciones teóricas que con relación al cuidado realizaron algunas investigadoras.

La enfermera debe ser una profesional sensibilizada con los problemas sanitarios y comprometida con el arte de cuidar. El paciente debe sentirse activo en este proceso en su condición de sujeto necesitado de atención de salud y ayudado en la toma de decisiones, debe entonces respetarse su dignidad, autonomía y confidencialidad. Todos los seres humanos deben tratarse de la misma forma a pesar de sus diferencias y debemos

proporcionarle de manera prudente y cuidadosa la información que solicitan, haciendo siempre el bien y sin mentirles jamás. El compromiso de ser fieles siempre debe prevalecer. La enfermera además tiene que estar segura del peligro que significa el divorcio del vínculo práctico con el teórico, imprescindible para respaldar la imagen de la Enfermería como disciplina profesional.²³

Descubrir a través del contacto humano con nuestros pacientes, la fuerza y la dignidad que tienen en su interior, su riqueza espiritual, las cualidades positivas y valiosas que encierran, no sólo constituye el camino principal para que transiten nuestros principios al cuidar de ellos, sino la más sabia lección que pueda recibir el profesional de Enfermería y su más rica gratificación.

La razón de ser de Enfermería son las personas y al recibir el título la Enfermera asume el compromiso ético de proporcionarles cuidado con calidad humana, científica, tecnológica y ética. Dicho compromiso nos exige capacitación permanente, sensibilidad ética y capacidad de razonamiento moral para la adecuada toma de decisiones éticas.²⁴

4.4 Generalidades de crecimiento y desarrollo en un lactante

Se considera que los primeros años de vida es una parte fundamental del desarrollo humano, se forma la arquitectura del cerebro a partir de la interacción de la influencia genética y el entorno en el que se desenvuelve el niño.

Concepto de lactante

El niño en relación con la edad y su proceso biológico se clasifica en:

- Lactante menor o infante: menor de un año
- Lactante mayor: un año a un año 11 meses.²⁵

Desarrollo biológico

El desarrollo biológico abarca el crecimiento físico, el crecimiento y maduración del cerebro, las habilidades motoras, las capacidades sensoriales y la nutrición.

Crecimiento del lactante

El periodo de máximo crecimiento posnatal corresponde al primer año de vida en talla, peso y circunferencia de la talla. En el primer trimestre el incremento de la longitud es de unos 10.6 cm., el del peso de 2.7 kg y el de la circunferencia del cráneo de 5.8 cm, durante el segundo trimestre desciende la longitud a 6.7 cm., el peso a 1.8 kg y la circunferencia del cráneo a 3.2 cm, en el tercer trimestre de igual manera desciende la longitud a 4.5 cm, 1.3 kg con respecto al peso y 2 cm en circunferencia del cráneo, ya en el cuarto trimestre 3.8 cm en cuanto a talla, en el peso 1kg y 1.2 cm en circunferencia del cráneo.

Al final del primer año se ha experimentado con relación al nacimiento un incremento de la longitud en un 50%, unos 25 cm, en el peso en un 200% unos 7 kg, y en circunferencia del cráneo un 35 % aproximadamente 11 cm.

Durante el segunda año de vida la longitud tiene un incremento de unos 10 a 12 cm, el peso tiene un incremento de 2.5 kg y la circunferencia del cráneo de 2.5 cm.

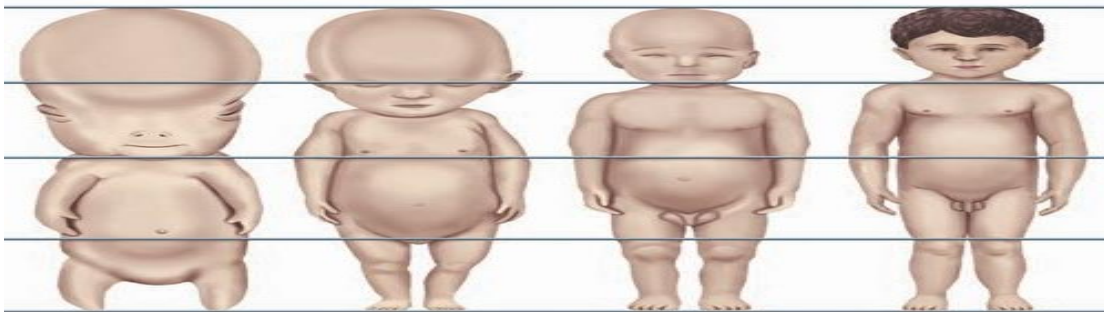
La longitud experimenta un incremento de un 75 a 80% y representa aproximadamente la mitad de la talla adulta.

En su primer cumpleaños un niño promedio suele pesar unos 10 kg y medir unos 75 cm, el segundo año de vida crece más lentamente, suele estar en un peso de 13 kg y mide entre 81 y 91 cm.²⁶

A medida que los niños crecen las proporciones corporales cambian, especialmente en los primeros años de vida. (Ver figura 2)

Después del octavo mes, la ganancia de peso corporal se distribuye más en los huesos, en los músculos y en los órganos corporales, el niño cambia su aspecto físico por uno más estilizado.

Figura 2. Cambios de las proporciones corporales



Fuente: Ruiz González MD. Seguimiento de la salud infantil. En: Ruiz González MD, Martínez Barellas MR, González Carrión P. Enfermería del Niño y Adolescente. Vol. I. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 216-243.

Maduración dental

El rango de edad de erupción dental temporal aparece entre los 6 y 7 meses de vida, de dos a seis semanas después aparecen por lo general los incisivos medios superiores y en el plazo de 15 a 20 días los incisivos laterales, los

caninos entre 10-19 meses, los primeros molares entre 10-15 meses y los segundos molares entre 16-17 meses. A partir del segundo cumpleaños comienzan a salir los segundos molares.²⁷

Al año de edad hay habitualmente 6 a 8 dientes, en el segundo año 16-20 dientes. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Dentición en el lactante

DENTICIÓN	EDAD
Decidua	Meses
Incisivos (8)	6-12
Caninos (4)	18-20
Primeros molares (4)	12-15
Segundos molares (4)	26-32
Total: 20 piezas	

Fuente: Ruiz González MD. Seguimiento de la salud infantil. En: Ruiz González MD, Martínez Barellas MR, González Carrión P. Enfermería del Niño y Adolescente. Vol. I. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 216-243.

Crecimiento y maduración del cerebro

El cerebro de un niño a los dos años alcanza ya un 75% de su peso de adulto

Y su peso corporal tan solo el 20% de lo que definitivamente pesará, lo más significativo está relacionado con los cambios en la maduración del sistema nervioso central, el cerebro, la medula espinal y los nervios.

La capacidad de la caja craneana hacia el año de vida es de 750 cm³, ya para los dos años aumenta a 900 cm³, esta razón de crecimiento acelerado viene determinada por el crecimiento de su contenido, el cerebro.²⁸

Sueño y vigilia

El cerebro tiene la función de regular los estados fisiológicos como el sueño tranquilo y la vigilia en estado de alerta.

En el primer año las horas de sueño suelen estar reducidas a 12 o 13 hrs al día con frecuencia que da interrumpido por dos periodos de vigilia. A la edad de dos años suelen dormir toda la noche, en el día duermen una siesta de 2 a 3 hrs.

Control de esfínteres

Para el niño representa algo más que un hábito de higiene, implica un aprendizaje de conductas placenteras o a disgusto y de control de su propio cuerpo.

A esta etapa se le conoce como “etapa anal” por los psicoanalistas y estos aprendizajes como fundamentales en la estructuración de la personalidad, el control del intestino puede establecerse poco después del segundo año.

Al año de edad las heces cambian de consistencia a heces sólidas y formadas a los dos años como producto de restos de alimentos que se mezclan con secreciones intestinales.

El esfínter vesical de igual manera es un acto reflejo de orden medular cuyo estímulo desencadena en la vejiga.

Se debe iniciar el proceso de control de esfínteres cuando el niño demuestre signos de disponibilidad física y psicológica como ponerse de pie y caminar, regularidad en sus evacuaciones, retener la orina por lo menos dos horas, capacidad de indicar que desea eliminar y cooperación. Entre los 2 y 2 años y medio el niño es capaz de sentarse en el retrete sin ayuda.²⁷ (ver tabla 3)

Tabla 3. Control de esfínteres en el lactante

18 MESES	2 AÑOS
Avisa después de que se ha mojado	Avisa antes de mojarse
	Control del intestino

Fuente: Ruiz González MD. Seguimiento de la salud infantil. En: Ruiz González MD, Martínez Barellas MR, González Carrión P. Enfermería del Niño y Adolescente. 2009. p. 216-243.

Nutrición en el lactante

Los depósitos nutricionales del lactante son bajos, tiene menos reservas calóricas, sus demandas nutricionales son muy elevadas por lo que sí tienen un aporte de energía restringido están expuestos al riesgo de un retraso en el crecimiento. El cerebro sufre un rápido crecimiento durante el último trimestre de la gestación y durante los primeros dos años de vida y es muy sensible a la hiponutrición, de tal manera que el cerebro puede tener un desarrollo anómalo neurológico del niño.

A medida que en el niño se producen cambios antropométricos en relación a su talla y peso y perímetro craneal tiene lugar una modificación de la composición de los tejidos con disminución de la proporción de agua, lo que es más lábil a la pérdida de agua, aumento de las grasas y de las proteínas y de algunos iones intracelulares como el potasio y extracelulares como el calcio que es depositado en el sistema óseo.

La alimentación durante este periodo debe cubrir las elevadas necesidades energéticas y plásticas, aportar equilibradamente vitaminas y minerales así como adecuarse a la capacidad digestiva del lactante.

La actividad metabólica del organismo del lactante es muy alta se necesita mantener una actividad física intensa, los tejidos están en pleno desarrollo y un fuerte desarrollo intelectual, se produce un consumo de energía y nutrientes, la alimentación del lactante será:

- Fácil de digerir
- Rica en proteínas
- Rica en hidratos de carbono
- Suficiente aporte de grasas
- Aportes de líquidos abundantes
- Aporte de vitaminas y minerales²

Desarrollo motor del lactante

El desarrollo motor tiene lugar en dirección cefalocaudal y proximodistal de la siguiente manera:

- ✓ Control oculomotor alrededor del cuarto mes de vida
- ✓ Control de la cabeza y los brazos entre el cuarto y séptimo mes
- ✓ Control de tronco y manos entre el séptimo y décimo mes
- ✓ Capacidad para andar y correr a los dos años

Las adquisiciones psicomotoras más importantes se producen en los dos primeros años de vida debido a la interacción entre la maduración fisiológica, neurológica y sensaciones interoceptivas (localizadas en vísceras), exteroceptivas (llegan a través de los sentidos) y propioceptivas (se localizan en huesos, articulaciones y músculos) ²⁷

Motor grueso

Conforman aquellas habilidades motoras globales que involucran grandes movimientos del cuerpo, de forma que se inicie con el dominio de la cabeza siguiendo con el tronco y terminando con los miembros inferiores. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Desarrollo motor grueso del lactante

2 meses	Control de la cabeza, usa músculos del cuello, eleva el tronco en posición supina.
3 meses	Levanta el tórax en una superficie plana alcanzando un ángulo de 45°
4 y 5 meses	Gira sobre sí mismo, se sienta bien con apoyo, puede llevar el pie a la boca.
6 y 7 meses	Control del tronco, se sienta sin apoyo, es capaz de apoyar todo su peso.
8 y 10 meses	Gatea, se desplaza, se apoya para levantarse, se traslada de un lugar a otro.
12 meses	Da pasos sin apoyo.
15 a 18 meses	Sube escaleras gateando, anda de la mano de un adulto.
18 a 24 meses	Sube y baja escaleras, camina con marcha normal.

Fuente: Elaboración propia

Motor fino

Son aquellas habilidades físicas que suponen movimientos pequeños del cuerpo, son más difíciles de dominar por el niño implican movimientos pequeños de brazos, manos y dedos así como coordinación muscular mayor que en la motricidad gruesa

Las habilidades se inician con la prensión hasta el primer año de vida y continúan con la manipulación de los objetos, está precedida por el dominio oculomanual y sigue un sentido proximodistal. Esta adquisición es el resultado de estímulos visuales y propioceptivos mediante ensayo-error.²⁷ (ver tabla 5)

Tabla 5. Desarrollo motor fino del lactante

2 y 3 meses	La prensión palmar es remplazada por movimientos voluntarios.
4 meses	Trata de aproximar con las manos algún objeto
5 y 6 meses	Agarra con una sola mano puede cambiárselo a la otra
8 y 9 meses	Tiene prensión voluntaria, explora con la punta de los dedos.
10 y 12 meses	Es capaz de coger con la pinza del índice y el pulgar.
15 meses	Imita lo que ve a su alrededor.
18 a 21 meses	Es capaz de comer solo, bebe correctamente en un vaso, pasa dos o tres páginas a la vez.
24 meses	Imita trazos verticales, aun el manejo del lápiz es rudimentario.

Fuente: Elaboración propia

Capacidades sensoriales y perceptivas

Sensaciones visuales

A medida que la maduración neurológica y la mielinización de las fibras nerviosas permiten una mejor coordinación entre los ojos y el cerebro mejora el enfoque del niño.

Entre los 3 y 4 meses se desarrolla la visión binocular, distingue y diferencia con mayor claridad los colores rojo, verde y blanco. A los 6 meses el lactante ha madurado que se aproxima a las capacidades del adulto.

Sensaciones auditivas

A partir de los 6 meses los sonidos de alta frecuencia pueden ser oídos, pero su capacidad auditiva para los sonidos de baja frecuencia es mucho menor.²⁸

Desarrollo Psicosocial

Comprende aquellas conductas que llevan al niño a la adaptación social, son conductas aprendidas sobre la base del crecimiento y la maduración neurológica pero la educación es el factor determinante.

Los logros psicosociales que se alcanzan durante los dos primeros años de vida son fundamentales para que aprenda a convivir socialmente.

A partir de los 4 meses el lactante empieza a asociar el significado emocional con diferentes expresiones faciales así como los mensajes emocionales como el tono de la voz. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Desarrollo psicosocial del lactante

4 y 5 meses	Hacen demostraciones faciales de placer o disgusto.
8 y 9 meses	Exploran el entorno
10 y 12 meses	Imitan gestos
12 a 15 meses	Utilizan el beso como expresión afectiva
20 a 24 meses	Expresan su satisfacción en las actividades que realizan.

Fuente: Elaboración propia

Desarrollo de los vínculos sociales

La maduración psicológica del niño parece depender del desarrollo de los vínculos, en la firmeza de esta unión radicarán luego sus lazos sociales con otros seres humanos, el equilibrio armónico entre agresión y angustia y con ello la maduración de la inteligencia.

Al final del primer año de vida el lactante suele haber desarrollado ya fuertes vínculos con los padres, también en algún momento del primer año de vida aparece una nueva etapa en las relaciones sociales, el niño empieza a

desarrollar vínculos específicos con determinadas personas, con objetos inanimados como una almohada o un muñeco.²⁷

Desarrollo del lenguaje

Cuando el niño emite su primera palabra, su vocabulario se enriquece debido a un proceso de maduración psicomotriz, imitación, integración, aprendizaje y estimulación.²⁸

La adquisición del lenguaje se realiza en 2 fases:

- Fase pre verbal: la comunicación del niño se lleva a cabo a través de un lenguaje primario como el llanto, la risa, los balbuceos o los gestos comprende la edad entre 6 y 10 meses, al final del primer año el niño entiende órdenes simples.
- Fase verbal: da comienzo con la emisión de la primera palabra con significado, utilizada por el niño para nombrar contestar o pedir algo. (Ver tabla 7)

Tabla 7. Desarrollo del lenguaje

3 a 6 meses	Produce sílabas de forma automática, una vocales y consonantes.
9 a 12 mese	Imita sonidos, fusiona dos sílabas, comienza a utilizar sonidos para llamar la atención
12 a 18 meses	Es capaz de vocalizar 5 o 6 palabras como agua, leche, nene
18 a 24 meses	Construye frases de una sola palabra, vocabulario de aproximadamente 50 palabras.

Fuente: Elaboración propia

4.5 Factor de dependencia

Atresia pulmonar

Introducción

Son consideradas las cardiopatías congénitas como todas las malformaciones cardiacas que están presentes en el momento del nacimiento producidas como consecuencia de alteraciones en la organogénesis, producidas por alteraciones de la estructura normal en el proceso embrionario y falta de crecimiento de esa estructura, a su vez, los patrones aberrantes del flujo creados por el defecto anatómico, influyen en el desarrollo de la estructura y función del resto de la circulación.

Se desconocen las causas de las cardiopatías congénitas aunque existen evidencias de que la herencia desempeña un papel decisivo en un 8% de los casos y un 2% los teratógenos están involucrados, la génesis del 90% restante es multifactorial. Entre los factores genéticos la mayoría son multifactoriales (85-90%), también se presentan cromosopatías numéricas y estructurales (5-8%) cambios monogénicos (3-5%) y mitocondriales.²⁹

Clasificación de las Cardiopatías Congénitas

1 Acianóticas

- Con plétora: están los cortocircuitos a nivel venoso, nivel auricular, nivel ventricular y nivel arterial
- Sin plétora: se encuentran las estenosis pulmonar, aortica y de coartación.

2 Cianóticas

- Con plétora: los cortos circuitos mixtos
- Con isquemia: los cortocircuitos mixtos con estenosis pulmonar.

Del Neonato

1 Con Insuficiencia Cardiaca

- Con plétora: se incluyen los cortocircuitos arteriovenosos.

2 Con cianosis

- Con plétora: transposición de grandes vasos.

- Con éxtasis: la hipoplasia izquierda, la circulación mixta y la coartación aortica.
- **Con isquemia: Atresia Pulmonar** y la estenosis pulmonar.

Epidemiología

Se detecta una malformación cardiaca en 80 a 120 de cada 10 000 nacidos vivos siendo en Estados Unidos la malformación congénita más frecuente, en México sucede lo mismo en donde informes recientes indican que las cardiopatías congénitas superan a las malformaciones del SNC que anteriormente ocupaban el primer lugar, constituyen la segunda causa de muerte en los menores de un año y son responsables del 32% de las defunciones de éste grupo de edad. Se estima una incidencia alrededor del 1% de los R.N. vivos no existen factores que permitan prevenir su ocurrencia, la única manera de mejorar su pronóstico es el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

En México de las Cardiopatías congénitas aproximadamente el 50% necesita cirugía el primer año de vida, la mitad de ellos requieren un manejo temprano antes del final del primer mes con métodos correctivos ya sea mediante cirugía o cateterismo a los que deben sumarse las re intervenciones y a los casos que requieran varias intervenciones quirúrgicas para resolver su malformación.³⁰

Concepto

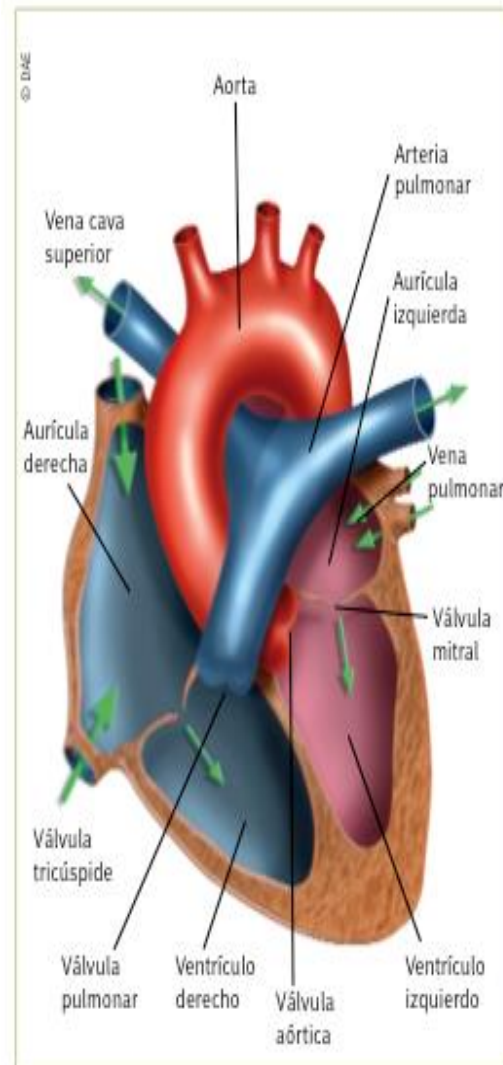
Es una anomalía troncoconal que es considerada una variación extrema de la tetralogía de Fallot con el rasgo adicional de la desconexión total del ventrículo derecho con la arteria pulmonar, se acompaña de frecuentes y severas alteraciones en el tamaño y la distribución de las venas pulmonares además de colaterales aortopulmonares en alguna de sus variedades que pueden constituir la única fuente de flujo pulmonar.³¹

La atresia pulmonar puede involucrar las arterias pulmonares de manera proximal o distal y difusa, la determinación de la confluencia de las arterias pulmonares es una de las consideraciones clínicas más importantes a considerar para el tratamiento quirúrgico. (Ver Figura 3).

La clasificación de Barbero Marcial tiene una orientación bien definida hacia el tratamiento quirúrgico y permite un análisis mucho más adecuado en los resultados a largo plazo, está basado en la presencia o ausencia de ramas de la arteria pulmonar nativa y de arterias colaterales aorto-pulmonares:

- Tipo A: los segmentos broncopulmonares se encuentran conectados con las ramas de la arteria pulmonar, se distinguen 2 subgrupos A1, cuando la arteria pulmonar muestra un desarrollo normal y A2 las ramas de la arteria pulmonar son hipoplásicas, estenóticas o no confluentes.
- Tipo B: algunos segmentos broncopulmonares reciben flujo de las arterias pulmonares, otros reciben flujo de colaterales.
- Tipo C: los segmentos broncopulmonares reciben flujo exclusivamente de colaterales aorto-pulmonares.³²

Figura 3. Partes del corazón



Fuente: Arcos Von Haartman C, Frías Moreno MT. Problemas cardiovasculares más frecuentes en UCIP. En: Morales Gil IM, García Piñero JM. Cuidados intensivos pediátricos. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2010. p. 219-225.

Fisiopatología

Los ventrículos no tienen más que una vía de salida que es la aorta existe mezcla de sangre oxigenada y no oxigenada en la circulación sistémica es así como el aporte sanguíneo a los pulmones dependerá del ductus de la circulación colateral aortopulmonar.

De esta manera como lo señalan los autores si el ductus se cierra el paciente tendrá disminución severa del flujo pulmonar si esa es la única conexión entre la aorta y la circulación pulmonar, por lo cual se producirá hipoxemia y no estará presente o será muy discreta en caso de que exista circulación colateral que aporte suficiente riego sanguíneo al pulmón.

Habitualmente la presión pulmonar es normal o inferior a lo normal en raros casos existe hipertensión pulmonar que es debido a un exceso de flujo, cuando la circulación colateral es importante y no obstructiva el recién nacido o el lactante pueden tener una falla cardiaca.

Este padecimiento puede comportarse como una cardiopatía cianosante severa con circulación pulmonar ductodependiente, como una enfermedad equilibrada, moderadamente cianosante, sin falla cardiaca, con presiones pulmonares similares, con flujo pulmonar normal o discretamente aumentado (colaterales aortopulmonares estenóticas) o como una enfermedad levemente cianosante, con hiperflujo pulmonar y falla cardiaca (colaterales aortopulmonares no obstructivas).

En los pacientes con arterias pulmonares confluentes y que tienen flujo a través de un conducto arterioso la irrigación a los 20 segmentos pulmonares es completa, sin embargo el 80% de los pacientes tienen arterias pulmonares no confluentes con una distribución incompleta que irrigan menos de 10 segmentos pulmonares.

El tamaño y calibre de las arterias pulmonares centrales varía de acuerdo a la cantidad de flujo recibido y en sitio en el que se produce, cuando el conducto

arterioso o las colaterales arteriales pulmonares se anastomosan de manera proximal a las arterias pulmonares principales o en sus ramas lobares, su diámetro puede ser normal o mostrar ligera hipoplasia, si las uniones de las colaterales son a nivel segmentario o subsegmentario las arterias pulmonares tienden a ser más hipoplásicas.³²

Las arterias colaterales emergen de la aorta torácica menos frecuentemente de las arterias subclavias y excepcionalmente de la aorta abdominal o de la arteria coronaria izquierda. Su número varía de una a seis y su diámetro de 1 a 20 mm., en el 60% de los pacientes estas colaterales presentan estenosis en el sitio de emergencia de la aorta o en la anastomosis intrapulmonar.

En cuanto al nivel de la saturación sistémica arterial está en la proporción que guarden ambos flujos sanguíneos, el grado de hipoxia está reflejando el flujo pulmonar y éste dependerá de la presencia o no de conducto arterioso permeable y del número y tamaño de las colaterales aorto-pulmonares.

Manifestaciones clínicas

La cianosis constituye el síntoma y el signo más importante, siendo su severidad inversamente proporcional al tamaño y al flujo a través del conducto que cuando es muy restrictivo o está cerrado, ocasionando crisis hipóxicas o hasta la muerte.

Los pacientes que en el periodo neonatal no presentan hipoxemia severa ya sea porque el conducto permanezca abierto o porque existan colaterales aorto pulmonares cursan el periodo de la lactancia con cianosis y fatiga progresiva con relación directa al mayor o menor flujo pulmonar y de acuerdo al crecimiento y la actividad del niño.

Se encuentran pulsos amplios y simétricos, cianosis importante y en niños mayores hipocratismo digital. El primer ruido es normal y el segundo ruido único, se ausculta soplo continuo en la región infraclavicular en presencia de conducto arterioso y en todo el mesocardio. En la región del tórax posterior por

la presencia de colaterales aorto-pulmonares pueden auscultarse soplos en ambos hemitórax.³²

Se puede cursar con insuficiencia cardíaca en los casos con hiperflujo pulmonar que se caracteriza por disnea, dificultad respiratoria con la alimentación, retracción intercostal, sudoración profusa principalmente en cara (en forma de perlas), pobre ganancia de peso, disminución en el crecimiento longitudinal, infecciones respiratorias recurrente, taquicardia y taquipnea, en este grupo de pacientes la exploración física muestra cianosis de grado variable, el S1 es normal y el s2 único.

Debido a la asociación entre la microdelación 22q11 y atresia pulmonar con comunicación interventricular debe observarse cuidadosamente las facies de los niños con sus características especiales: ojos pequeños, puente nasal aplanado, boca pequeña, implantación baja de los pabellones auriculares, hendidura velopalatina o paladar ojival.³¹

Diagnóstico

El electrocardiograma como la radiografía de tórax son muy similares a la tetralogía de Fallot en cuanto a la imagen cardíaca, no así en la circulación pulmonar que no está disminuida pero sí es de trayectos anormales y finos por la circulación colateral, el electrocardiograma tiene una desviación del eje eléctrico a la derecha e hipertrofia ventricular derecha importante.

En cuanto al ecocardiograma específica sobre las ramas pulmonares proximales, si son confluentes y si hay conducto permeable.

El cateterismo cardíaco permite observar la circulación de todos los segmentos pulmonares, la presión pulmonar se debe medir en los territorios distales a las estenosis en todos los vasos del árbol pulmonar.

Tratamiento

El tratamiento de la atresia pulmonar es quirúrgico, paliativo o correctivo, la clasificación de Barbero Marcial tiene una orientación bien definida hacia el tratamiento quirúrgico y permite un análisis mucho más adecuado de los resultados a largo plazo.

El tratamiento se sustenta en un análisis exhaustivo de las características del flujo de cada uno de los segmentos pulmonares lo que permite establecer una estrategia terapéutica.

1. Fístula sistémica pulmonar por medio de injerto tubo de gore-tex.
2. Unifocalización del flujo pulmonar que consiste en la reparación de la arborización pulmonar inapropiada, por la presencia de colaterales aortopulmonares que irrigan diferentes segmentos pulmonares, va dirigido a dar un flujo pulmonar completo, adecuado y uniforme a todos los segmentos pulmonares por medio de ligar la colaterales desde su origen en la aorta para luego conectarlas a la rama de la arteria pulmonar y así establecer un solo aporte sanguíneo.
3. Cirugía correctiva por medio de tres pasos:
 - a) Ventriculotomía derecha ampliando el tracto de salida y por medio de un tubo valvulado se conecta al tronco de la arteria pulmonar (Técnica de Rastelli)
 - b) Ventriculotomía derecha, ampliando tracto de salida y por medio de parche de pericardio se conecta al tronco de la arteria pulmonar (Técnica de Barbero).
 - c) La aorta y la pulmonar se seccionan, el segmento proximal de la arteria pulmonar es suturado y el tronco distal es ampliado con una incisión anterior vertical, la aorta es reposicionada por detrás de la bifurcación de la arteria pulmonar y reconstruida (técnica de Lecompte).

V. Metodología

5.1 Métodos e instrumentos utilizados

Se seleccionó éste estudio de caso el 10 de octubre del 2017 previa autorización por la madre por medio del consentimiento informado (anexo 1).

Para su realización se utilizó el Proceso Atención de Enfermería (PAE), orientado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la valoración se realizó mediante recolección de datos de distintas fuentes secundarias que fueron los padres, el expediente clínico así como referencias bibliográficas, se realizaron 14 valoraciones focalizadas utilizando el formato de reporte diario conformado por los Datos de identificación, Datos objetivos, Datos subjetivos que incluye habitus externo y exploración física, tipo de relación de Enfermería con sus tres aspectos de acompañamiento, suplencia y ayuda, Fuentes de la dificultad y Diagnóstico de Enfermería, además se utilizó el esquema de Continuum Independencia-Dependencia y la gráfica de Grado de dependencia sugeridas por Phaneuf Margot (anexo2).

Se utilizó el instrumento de valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años que consta de 4 apartados I Datos demográficos, II Antecedentes familiares, III Orientación en la hospitalización y IV Valoración de las necesidades básicas, según Virginia Henderson (anexo3).

VI. Presentación del caso

6.1 Descripción del caso

Se trata de lactante mayor femenino de 1 año 8 meses, originaria del Municipio de San Juan del Rio Querétaro, proviene de familia nuclear integrada por el padre de 22 años de edad aparentemente sano de escolaridad secundaria terminada de ocupación chofer, madre de 25 años de edad presenta miopía de escolaridad secundaria terminada dedicada a las labores del hogar, cuentan con ingresos económicos de \$4,000.00 mensuales. Abuelos maternos con Diabetes Mellitus, abuelo paterno con Soplo Cardíaco. Profesan la religión cristiana, las relaciones afectivas familiares se consideran fuertes. Habitan en casa rentada con una sola habitación, un baño y una cocina de materiales perdurables el piso es de cemento cuenta con ventanas e iluminación suficiente, red de agua potable y luz, no se cuenta con pavimentación ni con red de drenaje.

Es producto de la gesta 1, ingirió ácido fólico y hierro desde el primer trimestre del embarazo cursando infección de vías urinarias a las 24 semanas de la gestación. Nació a las 38 SDG por vía cesárea refiriendo la mamá circular de cordón, con un peso de 2,600kg, talla de 41 cm, lloró y respiró de manera espontánea no recuerda calificación de APGAR, egreso hospitalario al binomio sin presentar ninguna complicación

Antecedentes de Dependencia

A los dos meses de edad observa médico particular cianosis peribucal y en lechos ungüeales, presentando fatiga y cianosis a la alimentación motivo por el cuál es referida al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez en el mes de Abril del 2016.

Es valorada en esa institución realizando TAC refiriendo Atresia pulmonar con ramas confluentes alimentadas por conducto con cabo pulmonar de 2 mm., Estenosis de la rama izquierda, CIV de 7x12mm., Estenosis del bronquio

principal con disminución del calibre del 70%. Es referida al Hospital Infantil de México Federico Gómez.

El día 6 de Septiembre del año 2016 es valorada por primera vez en ésta Institución por el servicio de Cardiología contando con las siguientes constantes vitales FC 110 por min. FR 24 por min. Temp. 36.7°C SPO2 67% con un peso de 7,400kg Talla de 72 cm.

Se programa el día 6 de octubre del 2016 para ecocardiograma transtorácico diagnosticando Atresia Pulmonar con comunicación interventricular, Aorta emergiendo del ventrículo derecho, Conducto Arterioso Permeable.

El 15 de Marzo del 2017 se realiza Cateterismo Cardíaco confirmando Atresia pulmonar con CIV tipo A, Comunicación Interventricular grande, Arco aórtico izquierdo.

El día 10 de octubre del año 2017 se ingresa siendo candidata a manejo quirúrgico para colocación de tubo valvulado de Ventrículo Derecho a Arteria Pulmonar.

A su ingreso cuenta con la siguiente Somatometría: Talla 82 cm. Peso 10 kg., FC 122, FR 24, SPO2 60 %, PA 42 cm. PT 40 cm.

El día 12 de octubre del 2017 se realiza cirugía programada colocando tubo de goretex a tubo de woben a ventrículo derecho, se colocó sonda mediastinal y pleural izquierda dejando bolsa de Bogotá.

Ingresa al servicio de terapia quirúrgica en fase III de ventilación hemodinámicamente inestable.

Habitus externo

Lactante menor fenotipo femenino con edad menor a la cronológica en cuna acompañada de su cuidador primario, consiente, en posición sedente con actitud libremente escogida, conformación con simetría de ambos

hemicuerpos, sin presencia de movimientos anormales, íntegra en todo su cuerpo, biotipo ectomórfico, piel cianótica, facies seria con sonrisa espontánea con pijama hospitalaria con estampados infantiles de aspecto limpio y con aroma agradable.

VII. Aplicación del proceso de enfermería

7.1 Valoración y jerarquización de las necesidades

Se presentan los diagnósticos considerando su prioridad:

Necesidad de Oxigenación

Se encuentra en dependencia, presenta Atresia Pulmonar con comunicación interventricular cardiopatía congénita que es diagnosticada a los tres meses de edad presentando cianosis peri bucal y en lechos ungüeales además fatiga a la alimentación.

Se realiza cirugía programada de corrección total con tubo valvulado más ampliación de confluencia de ramas pulmonares.

A la Exploración física piel con palidez generalizada, nariz simétrica, central con integridad del tabique nasal, sonda nasogástrica a derivación en narina izquierda, la cavidad bucofaríngea se encuentra con boca central simétrica, labios pálidos con presencia de cánula endotraqueal conectado a ventilador mecánico Modo AC, Vent MQ, FIO₂ 100%, PEEP 5, Frec 24, con presencia de abundantes secreciones orotraqueales.

Tórax anterior cilíndrico con movimientos respiratorios uniformes con ventana pericárdica en línea media esternal, no es posible auscultar focos cardiacos.

Se auscultan campos pulmonares con presencia de ruidos adventicios (estertores gruesos), pulsos distales palpables débiles con llenado capilar de 5 segundos.

Presenta los siguientes signos vitales: **FC** 155-170 por min. **FR** 24 por min. **T/A** 60/30mmhg **Temp.** 36.8°C **SPO₂** 63-68%. Se encuentra con parámetros por debajo del rango normal. La gasometría muestra **PCO₂** 24.3 mmhg con hipoventilación, con una **SPO₂** 68.4%, demás parámetros normales **PO₂** 37.7, **PH** 7.45. El electrocardiograma refiere ritmo nodal acelerado con ausencia de onda P.

Necesidad de Alimentación e Hidratación

Esta necesidad se encuentra alterada, presenta fatiga y cianosis a la alimentación, debido a la cirugía se encuentra con Nutrición Parenteral Total con un volumen total de 516.8 ml en 24 hrs. pp 31.2 ml x hr. Con lípidos por separado con un vol. Total de 50 ml. pp 2.7 ml.xhr. Se inició con estímulo enteral con fórmula de continuación a 100 ml/kg/día 163 ml cada 4 hrs por Sonda nasogástrica, posteriormente dieta artesanal de 900Kcal.

Cuenta con los siguientes laboratorios Hb 14.90 Hto 45% eritrocitos 5.23 dentro del rango normal para su edad.

Tiene un peso de 10,200kg y una talla de 82 cm., IMC 14.8.

Según tablas de la OMS la curva peso para la edad se encuentra en percentil 15, curva talla para la edad en percentil 3, IMC en percentil 15 siendo el porcentaje bajo para su grupo de edad.

Necesidad de Seguridad y Protección

La necesidad se encuentra en un grado de Dependencia cuenta con datos de respuesta inflamatoria sistémica, es egresada para corrección total de ramas pulmonares con múltiples procedimientos invasivos, comenta la mamá acerca de las recomendaciones como el lavado de manos, mantener los barandales arriba así como permanencia y restricciones en la visita.

A la exploración física lactante mayor fenotipo femenino con edad menor a la cronológica, piel con palidez generalizada, sonda nasogástrica en narina izquierda, cánula endotraqueal Fr 5.5 conectada a ventilador mecánico, Catéter Venoso Central trilumen en subclavia lado derecho, presenta herida quirúrgica en línea media esternal con ventana pericárdica con sonda mediastinal a succión, sonda pleural en costado izquierdo, línea arterial en radial izquierda, sonda de Foley Fr 10 a derivación, no fue posible palpar ganglios linfáticos.

Signos vitales: FC 172x min Fr 24xmin T/A 72/30mmhg Temp 38.3°C

Cuenta con los siguientes laboratorios: **Leucos 14,800**, Plaquetas 55, tiempo de protrombina 12.9 seg, Inmunoglobulinas **IgG 324 mg/dl Proteína C reactiva 7.010 mg/dl.**

La valoración de Braden Q se encuentra en Riesgo Alto

La valoración de Riesgo de caídas de se encuentra en Riesgo alto

Necesidad de Eliminación

Se encuentra alterada ésta necesidad, al interrogatorio refiere la mamá orina varias veces al día uso de pañal de color amarillo claro, no ha presentado infección de vías urinarias, orina sin dificultad, ingiere agua simple aproximadamente 1 litro al día además de jugos (Boing, Del Valle).

A la exploración física se observa palidez generalizada, escleróticas húmedas, mucosas orales hidratadas, abdomen ligeramente globoso, simétrico, a la auscultación con sonidos intestinales presentes (4 por minuto).

Genitales fenotípicamente femeninos labios mayores cubren a los menores, presencia de sonda Foley fr, 9, orificio uretral, vaginal y anal central.

Paciente que se encuentra con furosemida en infusión continua a una dosis de 120 mcg/kg/hora, presenta **volúmenes urinarios aumentados de 4.9ml/Kg/hr., con un K 10.1, CL106 mmo/L.**

Necesidad de Termorregulación

Al interrogatorio la paciente ha presentado en varias ocasiones fiebre mayor a 38°C la cual es controlada con medios físicos y administración de paracetamol indicado por médico, Emily usa ropa abrigadora por las noches la temperatura de su vivienda es muy fría.

A la exploración física se observa piel con palidez generalizada, diaforética, se palpa superficialmente temperatura corporal uniforme, caliente.

Los signos vitales son los siguientes Temp. 38.3°C, FC 170 x min. FR 32 x min.

Necesidad de Movilización y Postura

Se encuentra en dependencia debido a que se encuentra con dificultad a la movilización y a los cambios posturales refiriendo dolor, a la exploración física en decúbito dorsal con actitud libremente escogida, simetría corporal, cráneo normocéfalo, cara sin alteraciones en los movimientos oculares y faciales, cuello cilíndrico con movimientos de rotación, extensión y flexión observándose facies de dolor, extremidades superiores e inferiores simétricas con movimientos pasivos de flexión y extensión con fuerza muscular según escala de Daniels 2/5.

Necesidad de Higiene

La higiene se encuentra en un grado de dependencia, le gusta el baño diario lo realizan todos los días con cambio de ropa total, de igual manera el aseo de nariz y oídos, no controla esfínteres por lo que usa pañal desechable la limpieza de genitales lo realiza la mamá con toallas húmedas.

El aseo bucal no es realizado comenta la mamá no querer hacerlo a observado cambio de coloración en sus dientes, desconoce la importancia del aseo bucal.

A la exploración física se observa piel limpia e hidratada, cabello delgado, limpio, brillante y húmedo bien peinado, nariz a la inspección narinas limpias, oídos a la inspección instrumentada conducto auditivo externo con cerumen en poca cantidad, boca con mucosas húmedas, lengua saburral, presencia de dientes primarios (14) con placa bacteriana. Las uñas se encuentran cortas y limpias.

Necesidad de Descanso y Sueño

Durante el interrogatorio refiere la mamá que su hija no ha dormido como acostumbra, la ha observado inquieta, duerme por periodos cortos ya que la

despiertan para realizar algún procedimiento, además existe mucho ruido, en casa duerme durante toda la noche está acostumbrada a dormir con una manta en la misma cama que sus papás, tiene siesta vespertina entre las 17 y 18 hrs.

A la inspección lactante mayor que se encuentra en brazos de su mamá con facies de apatía, irritable al manejo, lloroncita, ojos rojos, poco cooperadora.

Necesidad de Vestido y Desvestido

Esta necesidad se encuentra en dependencia presenta dolor a la flexión y extensión de sus extremidades al colocarse la ropa, usa ropa de materiales de algodón le gustan los colores claros con estampados infantiles, colabora en el vestido antes de su cirugía utiliza ropa con cierre aún no se abotona correctamente.

Se observa con pijama hospitalaria, de acuerdo a su talla, de algodón, colores y estampados infantiles, presenta dificultad para el cambio de ropa ya que refiere dolor a la flexión y extensión de los miembros torácicos que le impiden colocarse la ropa.

Necesidad de Recreación

Se encuentra en un grado de independencia, en casa tiene varios juguetes, le gustan las canciones infantiles, le arrullan y le cantan sus papás, durante la hospitalización los padres se encargan de jugar con ella le decoran con accesorios infantiles y le llevan juguetes de acuerdo a su edad, su mamá refiere que con el juego su desarrollo de Emily será mejor.

Valoración de Realización

Se encuentra en independencia la familia está compuesta por tres personas, pertenece a una familia nuclear con relaciones afectivas fuertes, fue planeada y deseada, sus padres disfrutaban estar con ella, se apoyan mutuamente para el

cuidado en el hospital, tienen una relación sólida, tienen ayuda por parte de sus padres de ambos, tienen su apoyo en los momentos difíciles.

Se observa que durante la hospitalización de Emily se encuentran en todo momento al pendiente de las indicaciones médicas y del cuidado de su hija son amorosos entre ellos y lo demuestran a Emily.

Necesidad de Comunicación

Al interrogatorio refiere la mamá que tuvo sonrisa social a los tres meses de edad, a los 4 meses balbuceo, a los 6 meses emitió sonidos y los imitaba, llanto al estar sucia o al tener hambre, pronuncia frases cortas pero entendibles.

Su lenguaje se encuentra en periodo pre lingüístico comprende órdenes verbales, canta canciones cortas, pronuncia su nombre, llanto al dolor.

En la exploración física se encuentran órganos de los sentidos sin alteraciones.

Escala de Denver con éxito logrando la conducta en todas las áreas del desarrollo de acuerdo a su grupo de edad.

Se observa que no interactúa de forma normal con personas que no conoce mostrándose seria y tímida.

Necesidad de Creencias y Valores

Se encuentra en independencia refieren los papás durante el interrogatorio profesan la religión Cristiana, han dejado de ir a su iglesia por causa de la enfermedad de su hija, tienen mucha fe en su recuperación, tienen una gran devoción a Cristo, sus creencias no interfieren en las decisiones que toman con respecto a su enfermedad, se apoyan mutuamente, sus valores predominan en la responsabilidad y cuidados a su hija.

Se observa a la paciente en cuna en compañía de su mamá con una cruz pegada en su cuna, su madre le muestra cariño y confianza, Emily se muestra tranquila junto a su mamá.

Necesidad de Aprendizaje

Se encuentra en dependencia al interrogatorio sostén cefálico a los 2 meses, fijo la mirada al mes de edad, sonrisa social a los tres meses, sedestación a los 6 meses, bipedestación al año 3 meses, busca los sonidos cuando los escucha cuando llora se consuela con sus papás, menciona su papá que aprende con facilidad, le gustan los sabores dulces y el olor de su perfume.

La exploración de los órganos de los sentidos se encuentra sin alteraciones.

Escala de Denver con éxito logrando la conducta en todas las áreas del desarrollo de acuerdo a su edad.

La mamá refiere sentirse con falta de conocimientos para el cuidado de su hija en su domicilio manifiesta no conocer que signos son importantes ni cómo actuar si se presentan, desconoce lo relacionado a la dieta, medicamentos que ha de administrar y que tipo de actividades podrá realizar.

7.2 Proceso Diagnóstico

Con los datos obtenidos en la valoración fué posible la identificación de las necesidades alteradas y las fuentes de la dificultad permitiendo la realización de los diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar.

- **Diagnóstico Real:** describe un juicio clínico que se ha confirmado por la presencia de características y signos o síntomas principales.

Los datos de la persona contienen evidencias de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico.

Su estructura según el formato PES

P problema **E** etiología **S** sintomatología

Utilizando el vínculo relacionado con **r/c** y manifestado por **m/p**

- **Diagnóstico de Riesgo:** cuando existe la vulnerabilidad de desarrollar un problema de una persona al resto de la población en la misma situación.

Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencias de las características definitorias. Si hubiera evidencias de características definitorias sería un diagnóstico real y no de riesgo.

Su estructura utilizando problema y etiología

P problema **E** etiología

Se utiliza el vínculo relacionado con **r/c**.

- **Diagnóstico de Salud:** son juicios clínicos ante situaciones o estados eficaces con la posibilidad e interés de mejorar.

Su estructura utilizando solo el problema

P problema

Con los datos obtenidos en la historia clínica y las 14 valoraciones focalizadas efectuadas, se realizaron un total de 15 diagnósticos de los cuales 11 son reales, 1 de riesgo y 3 de salud. Se realizó un total de 12 seguimientos.

A continuación se presentan los diagnósticos considerando su prioridad.

Disminución del gasto cardiaco relacionado con falta de fuerza física por alteraciones en la funcionalidad cardiaca manifestado por T/A 60/30 mmhg FC 170 x min ritmo nodal acelerado, ausencia de onda P en registro Electrocardiográfico, SPO2 63%, llenado capilar prolongado (5 seg) pulsos distales débiles.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Oxigenación	13-oct-2017	Falta de fuerza	Nivel 6 Algunos días	Alta

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con abundantes secreciones manifestado por secreciones blancas espesas, ruidos adventicios (estertores gruesos).				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Oxigenación	13-oct-2017	Falta de fuerza	Nivel 6 Algunas semanas	Alta

Dependencia en la Nutrición relacionado con falta de fuerza física por enfermedad cardiaca y aporte insuficiente de nutrientes manifestado por peso bajo para la edad (percentil 3), IMC percentil 15 según tablas de la OMS				
--	--	--	--	--

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Alimentación e hidratación	16-oct-2017	Falta de fuerza	Nivel 5 Un año	Alta

Alteración de la Seguridad y Protección relacionado con pérdida de la segunda barrera de protección (inmunológica) manifestado por valores de laboratorio fuera del rango normal, leucos 14800, IgG 324 mg/dl, proteína C reactiva 7.010 mg/dl.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Seguridad y protección	13-oct-2017	Falta de fuerza	Nivel 5 Algunos días	Alta

Alteración hidroelectrolítica relacionado con efectos secundarios de medicamentos diuréticos manifestado por volumen urinario de 4.9ml/kg/hr, K 10.1, C 1106mmo/L.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Eliminación	15-oct-2017	Fuerza física	Nivel 5 Algunos días	Alta

Alteración del bienestar físico relacionado con aumento de la temperatura corporal manifestado por temperatura de 38.3°C, FC 170 x min FR x min

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Termorregulación	13-oct-2017	Falta de fuerza	Nivel 5 Algunos días	Alta

Alteración de la Movilidad y del Vestido y desvestido relacionado con disminución de la fuerza en extremidades torácicas y dolor al movimiento manifestado por fuerza muscular 3/5 en escala Daniels, molestias al colocarse la pijama.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Movilización y postura	5-nov-2017	Fuerza física	Nivel 4 Algunas semanas	Alta

Dependencia en el aseo bucal relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario para realizar el aseo manifestado por lengua saburral, placa dentobacteriana, verbalización de la mamá de no saber realizar la higiene bucal.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Higiene	26-oct-2017	Falta de conocimiento	Nivel 4 Algunas semanas	Alta

Patrón del sueño alterado relacionado con múltiples factores del entorno (ruido, entorno no familiar y diversos procedimientos) manifestado por inquietud, irritabilidad, ojos rojos y periodos cortos de sueño.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Descanso y sueño	27-oct-2017	Falta de conocimiento	Nivel 4 Algunas semanas	Alta

Dependencia en el aprendizaje del cuidador primario relacionado con falta de conocimientos sobre el cuidado en el hogar manifestado por verbalización de no identificar signos de alarma sobre la patología de su hija así como medidas generales.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Aprendizaje	05-nov-2017	Falta de conocimiento	Nivel 3 Algunas semanas	Alta

Riesgo de alteración en la comunicación verbal relacionado con un entorno y personas desconocidas.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Comunicación	28-oct-2017	Fuerza	Riesgo	Media

Actividades recreativas eficaces manifestadas por realizar juegos acordes a su edad.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
-----------	-------------------------	----------------------	---------------------------------	-----------

Recreación	05-nov-2017	Sin dificultad	Independencia	Baja
------------	-------------	----------------	---------------	------

Procesos familiares efectivos manifestado por el apoyo mutuo entre ambos padres, amor y cuidado a su hija.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Realización	14-oct-2017	Sin dificultad	independencia	Baja

Bienestar espiritual del cuidador primario manifestado por su fortalecimiento en su devoción y fe.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Creencias y valores	18-oct-2017	Sin dificultad	Independencia	Baja

7.3 Planeación de las intervenciones especializadas

Se realizó una jerarquización de las necesidades alteradas, a los problemas identificados se asignó un grado de dependencia o independencia y su prioridad:

- Alta: dimensiones fisiológicas y psicológicas
- Intermedia: Necesidades que no amenazan la vida
- Baja: necesidades que pueden afectar su futuro bienestar

Se clasificaron los diagnósticos de Enfermería, iniciando con los reales, posterior los de riesgo y por último los de salud

Se realizaron los objetivos con sus partes fundamentales para su estructuración, sujeto, verbo, condición, criterio y tiempo, se determinan las intervenciones de Enfermería derivadas de la etiología clasificada en Independientes, Interdependientes y Dependientes, finalmente se desarrolla el plan de Enfermería.

El Plan de Cuidados se estructura de la siguiente manera:

- Ficha de identificación
- Necesidad alterada
- Diagnóstico de Enfermería
- Tipo de prioridad
- Nivel y grado de dependencia
- Objetivo
- Intervenciones de enfermería
- Fundamentación científica



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



PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre: M.C.E		Edad: 1 año 8 meses		Sexo: Femenino	
Servicio: Terapia Quirúrgica		Expediente: 853XXX			
Necesidad: Oxigenación					
Nivel y Grado: Nivel 6		Dependencia total			
Tipo de prioridad: Alta					
Fuente de dificultad: Falta de fuerza					
<p>Dx de Enfermería: Disminución del gasto cardiaco relacionado con falta de fuerza por alteraciones en la funcionalidad cardiaca manifestado por T/A 60/30 mmgh, FC 170 x min, ritmo nodal acelerado, ausencia de onda P, SPO2 63%, llenado capilar prolongado (5 segundos), pulsos distales débiles.</p> <p>Objetivo: La lactante recuperará su función cardiaca mediante el manejo hemodinámico, en coordinación con el equipo multidisciplinario durante las siguientes 24 horas.</p>					
INTERVENCIONES			FUNDAMENTACIÓN		
<p>I. Valorar la función cardiovascular en el lactante.</p> <p>Independiente</p> <p>Acción:</p> <p>a) Realizar entrevista estructurada con datos relevantes para esta necesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de problemas cardiovasculares. • Detección de enfermedades cardiacas durante la gestación • Inicio del padecimiento. • Presencia de síntomas como disnea, cianosis, cansancio. 			<p>Para explorar el aparato cardiovascular, el personal de Enfermería evalúa la presión arterial, frecuencia cardiaca, ritmo y calidad de los ruidos, pulsos periféricos, además el murmullo vesicular es un indicador importante de la función cardiaca.³³</p>		

- Dificultad al ejercicio y a la actividad.

- APGAR al nacimiento.

b) Exploración física del Aparato Cardiovascular utilizando el método clínico:

- Piel (coloración).
- Estructura y funcionalidad de nariz, boca.
- Senos paranasales
- Tórax anterior y posterior.
- Pulsos distales.

Auscultación de focos cardiacos

1. **Foco Aórtico:** segundo espacio intercostal, línea para esternal derecha, se escucha la aorta descendente.
2. **Foco Pulmonar:** segundo espacio intercostal, línea paraesternal izquierda, se escuchan los ruidos de la válvula mitral.
3. **Foco Accesorio o de Erb:** se encuentra por debajo del foco pulmonar, permite apreciar de mejor forma los fenómenos acústicos valvares aórticos
4. **Foco Tricuspídeo:** ubicado en el apéndice xifoides o en el borde paraesternal izquierdo, se tiene más contacto con el ventrículo derecho.
5. **Foco Mitral:** quinto espacio intercostal, línea medio clavicular izquierdo, se escuchan los ruidos generados por la válvula mitral.³⁴

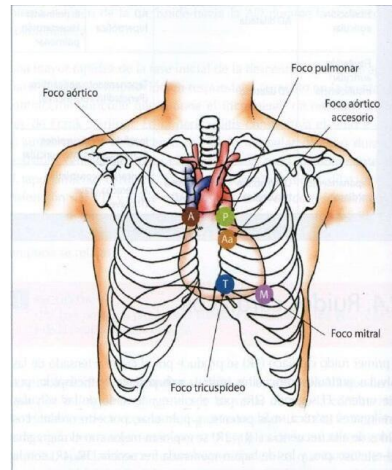
c) Exploración física de la función respiratoria.

Auscultación de los sonidos pulmonares

La secuencia que se debe seguir es la siguiente: en la cara posterior del tórax comprende diez sitios en los que se incluye a la cara lateral del tórax.

1. Se inicia en la región supraescapular izquierda y a partir de éste punto se sigue una secuencia descendente por las regiones interescapulares, infraescapulares y axilares, deberá ser comparativa en el mismo nivel de

Focos cardiacos



localización, entre el lado derecho e izquierdo.

2. La cara anterior comprende nueve sitios cuya secuencia es similar para la cara posterior, se inicia en la región supraclavicular derecha siguiendo las líneas paraesternales pasando por la línea axilar anterior hasta el sexto-séptimo espacio intercostal.³⁵

II. Realizar Monitorización hemodinámica al lactante cada hora.

Interdependiente

Acciones

- a) Monitorizar presión arterial invasiva mediante línea arterial.
- b) Tomar presión venosa central.
- c) Monitorizar frecuencia y ritmo cardíaco.
- d) Registrar tendencias y fluctuaciones.

III. Monitorización de signos vitales cada hora.

Interdependiente

Acciones

- a) Mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura.
- b) Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio.



Pared anterior del tórax

La monitorización hemodinámica es una herramienta para la evaluación del paciente crítico, determina el origen de la inestabilidad hemodinámica guía la elección del tratamiento más adecuado.³⁶



El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico.³⁷

La vigilancia de las constantes vitales de un paciente no debe ser un procedimiento automático o rutinario, sino que debe ser una valoración completa y científica.³³

El momento y la frecuencia con que deben valorarse las constantes vitales de un paciente son sobre todo juicios de

- c) Mantener el oxímetro de pulso en el paciente para su adecuado registro.
- d) Valorar llenado capilar.
- e) Observar la presencia y calidad de los pulsos.

enfermería y dependen de su estado de salud.^{33, 34}



IV. Realizar medidas que contribuyan a la estabilidad hemodinámica del lactante.

Al aumentar el gasto cardiaco sube mucho la actividad del corazón. En los vasos coronarios y en los cerebrales se mantiene una presión adecuada (mediante reflejos circulatorios) hasta que la presión arterial sistólica cae por debajo de 70 mm hg.

Interdependiente

Acciones

- a) Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea.
- b) Valoración del Electrocardiograma.
- c) Administrar medicamentos inotrópicos prescritos:

• **Adrenalina**

Dosis de 0.18mcg/kg/min (1.2 ml AF 24 ml DR)

Adrenalina

Es una catecolamina fisiológica, tiene una acción directa sobre los receptores B₁, B₂ y α, a dosis baja aumenta el gasto cardiaco y la frecuencia cardiaca con disminución de las resistencias vasculares periféricas, a dosis alta mantiene el efecto inotrópico sobre el corazón cambiando su efecto periférico a una acción adrenérgica vasoconstrictora. El riesgo de arritmia es mayor que con la dopamina y en dosis altas puede causar

• **Norepinefrina**

Dosis 0.25 mcg/kg/min

<p>• Milrinona Dosis de 0.75mcg/kg/min.(6.1 ml Aforados a 24 ml (DR)</p> <p>• Vasopresina Dosis 6.2.ml Aforados a 24 ml (DR)</p> <p>V. Realizar acciones para el manejo del Shock cardiaco- Interdependiente Acciones</p> <p>a) Comprobar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardiaco</p> <p>b) Mantener precarga optima por administración de líquidos intravenosos o diuréticos:</p> <p>✓ Furosemida Dosis de 5 mg cada 6 hrs.</p>	<p>daño irreversible en el miocardio del recién nacido.</p> <p>Es un agonista potente que incrementa la presión sistólica y diastólica, el gasto cardiaco persiste sin cambios o disminuye, y se incrementa la resistencia periférica sistémica. En situaciones de bajo gasto aumenta el flujo coronario por incremento de la presión de perfusión. En pediatría está indicado en el shock séptico, por su importante vasoconstricción visceral y periférica puede producir isquemia. Sus efectos hemodinámicos consisten en un aumento del gasto cardiaco, reducción de las resistencias vasculares pulmonares y sistémicas, así como reducción de las presiones de llenado ventricular.</p> <p>Sus acciones fisiológicas son la retención de agua en el riñón y la contracción del músculo liso vascular. Está indicado en el shock séptico refractario a expansión de volemia y catecolaminas.³⁸</p> <p>El Shock circulatorio es un estado en el que el gasto cardiaco esta disminuido a tal grado que los tejidos resultan lesionados por una irrigación sanguínea insuficiente, puede ser ocasionado por perdida de volumen sanguíneo, vasodilatación sistémica difusa o por insuficiencia cardiaca.³⁷</p> <p>Furosemida Es un diurético de asa que produce un comienzo rápido, comparativamente</p>
--	--

<p>✓ Administrar solución Hartman 200ml en 20min D.R</p> <p>c) Recabar estudios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biometría hemática • Química sanguínea • TP, TPT • Tiempos de coagulación. • Gasometría venosa y arteria. <p>VI. Realizar balance estricto de líquidos por turno.</p> <p>Interdependiente Acciones</p> <p>a) Cuantificar la ingesta de líquidos del lactante por turno.</p> <p>b) Cuantificar la cantidad de líquidos eliminados por turno.</p> <p>c) Valorar el estado de piel y las mucosas.</p> <p>d) Realizar el registro preciso del balance de líquidos.</p> <p>La regulación hídrica se realiza mediante:</p> <p>1. Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enterales: agua, medicamentos, nutrición. • Parenterales: medicamentos diluidos, hemoderivados y otros (alimentación parenteral). <p>2. Egresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diuresis (medida en ml/Kg/horas): Valor normal: 1.5 a 3.5ml Anuria < 0.5 ml Oliguria < 0.8 ml 	<p>potente y de corta duración de la diuresis. Su efecto diurético se presenta a los 15 minutos después de la dosis IV y una hora por VO, su acción diurética resulta de la inhibición de la reabsorción del cloruro de sodio en el asa de Henle, su efecto antihipertensivo se debe a un aumento de la excreción de sodio, reducción del volumen sanguíneo y a la disminución de la respuesta del músculo liso vascular a estímulos vasoconstrictores.³⁹</p> <p>El balance hídrico es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las pérdidas, enmarcando ésta comparación en un periodo de tiempo determinado (habitualmente 24 hrs.) lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el equilibrio del medio interno del paciente.⁴⁰</p>
---	--

<p>Poliuria > 3.5ml</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas por fiebre. • Pérdidas concurrentes: heces, vómito, aspiración gástrica, aspiración intestinal, ileostomía, colostomía y drenajes hemáticos. • Pérdidas insensibles producidas por evaporación en piel y pulmones. (5ml/kg). 	
--	--

Evaluación

Durante las 8 horas que se vigiló al paciente se contó con los recursos materiales y el equipo necesario así como el apoyo del equipo multidisciplinario para realizar las intervenciones de Enfermería, a pesar de esto el paciente se mantuvo en un Nivel de Dependencia Grado 6.

Necesidad: Oxigenación

Nivel y Grado: Nivel 6 Dependencia total

Tipo de prioridad: Alta

Fuente de dificultad: Falta de fuerza

Dx de. Enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con abundantes secreciones manifestado por secreciones blancas espesas, ruidos adventicios (estertores gruesos).

Objetivo: Mediante técnicas de fisioterapia respiratoria encaminadas a eliminar las secreciones , el lactante mejorará la limpieza de las vías aéreas durante las siguientes 8 hrs.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>I. Valorar la necesidad de oxigenación Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Realizar entrevista mediante instrumento de valoración en menores de 0 a 5 años, obteniendo datos de importancia como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de enfermedades respiratorias. • Puntuación APGAR al nacimiento. • Características de la vivienda • Esquema de vacunación. • Inicio del padecimiento actual • Antecedentes heredofamiliares <p>II. Valorar la función respiratoria del lactante cada 2 horas.</p>	<p>La anamnesis de enfermería exhaustiva relevante a la oxigenación debe incluir los datos sobre los problemas respiratorios actuales y pasados, presencia de tos, de esputo o dolor, medicamentos usados y presencia de factores de riesgo de alteración de la oxigenación.³³</p> <p>En la valoración de la oxigenación el personal de</p>

Independiente

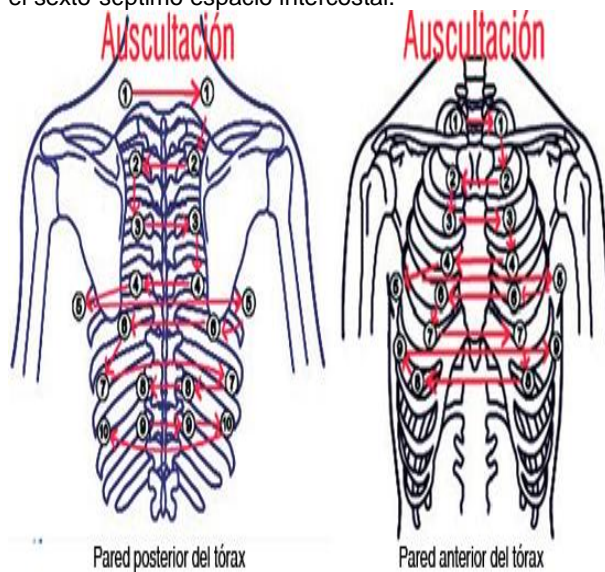
Acciones

- a) Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- b) Usar escala Silverman-Anderson.
- c) Auscultar los sonidos pulmonares:

La secuencia que se debe seguir es la siguiente: en la cara posterior del tórax comprende diez sitios en los que se incluye a la cara lateral del tórax.

1 Se inicia en la región supraescapular izquierda y a partir de éste punto se sigue una secuencia descendente por las regiones interescapulares, infraescapulares y axilares, deberá ser comparativa en el mismo nivel de localización, entre el lado derecho e izquierdo.

2 La cara anterior comprende nueve sitios cuya secuencia es similar para la cara posterior, se inicia en la región supraclavicular derecha siguiendo las líneas paraesternales pasando por la línea axilar anterior hasta el sexto-séptimo espacio intercostal.³⁵



III. Aspirar las vías aéreas con circuito cerrado por razón necesaria.

Interdependiente

Acciones

- a) Determinar la necesidad de la aspiración:
Presencia de secreciones en el tubo traqueal.

enfermería usa las cuatro técnicas de exploración física: inspección, palpación, percusión y auscultación, la frecuencia, profundidad, ritmo y calidad de las respiraciones, variación de la forma del tórax, protrusiones, zonas dolorosas o movimientos anormales.³³

La aspiración de secreciones tiene como objetivo eliminar las secreciones que puedan obstruir la vía aérea favoreciendo la ventilación pulmonar y prevenir las infecciones respiratorias.

El sistema de circuito cerrado consta de un dispositivo o

- Disminución de la saturación de oxígeno.
- Intranquilidad y ansiedad.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento de la presión pico.
- Disminución del volumen minuto.

Material requerido

Comprobar el estado, funcionamiento y caducidad del material a utilizar

Regulador de potencia de aspiración

Frasco contenedor de bolsa de aspiración

Bolsa de aspiración desechable

Tubo conector tipo bulbo

Sondas de aspiración estériles, atraumáticas desechables del calibre adecuado (en el caso de aspiración por tubo ototraqueal o traqueostomía, la sonda ha de tener un diámetro no superior a la mitad del diámetro interno del tubo o cánula traqueal.

Envase de agua estéril para lavado del sistema

Guantes estériles

No son necesarias las medidas de barrera en la técnica de aspiración cerrada

Bolsa de plástico para residuos.

Resucitador manual con bolsa reservorio

Fuente de oxígeno

Lubricante hidrosoluble

Estetoscopio.

Técnica de aspiración cerrada

1. Higiene de manos
2. Conectar el catéter de aspiración cerrada al swivel y por el otro extremo, al aspirador.
3. Regular la presión del aspirador
4. Oxigenar al paciente mediante un mecanismo manual existente en el ventilador mecánico, de tiempo auto limitado.
5. Colocar una jeringa con suero salino en la entrada para el suero (para lavar la sonda al terminar la aspiración).
6. Activar el aspirador

	Fijos	Portátiles
Adultos	80 a 120 mmHg	10 a 15 mmHg
Niños	95 a 110 mmHg	5 a 10 mmHg
Neonatos	50 a 95 mmHg	2 a 5 mmHg

Ejercer presión excesiva puede ocasionar traumatismos de la membrana mucosa, hemorragia y extraer el tejido.

7. Introducir el catéter dentro del tubo: realizar una maniobra repetida de empujar el catéter y deslizar la funda de plástico que recubre la sonda hacia atrás, con el pulgar y el índice hasta que se note resistencia o el paciente presente tos,

boquilla en “Y” que reemplaza al adaptador o boquilla del tubo endotraqueal. Esta se conecta por una de las entradas al circuito del respirador y por la otra en paralelo, se inserta un dispositivo con un catéter de aspiración que permanece limpio y envuelto dentro de una cobertura plástica flexible.⁴¹



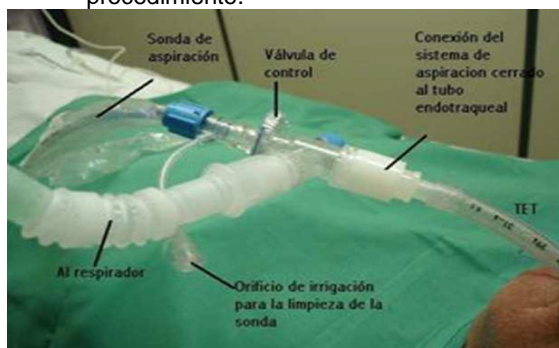
8. Aplicar la aspiración mientras se retira el catéter.
9. Asegurarse de retirar completamente la sonda en el interior de la funda de plástico de modo que no obstruya el flujo aéreo, verificar que la línea indicadora coloreada en el catéter es visible en el interior de la funda.



10. Valorar al paciente para determinar la necesidad de una nueva aspiración o la aparición de complicaciones.
11. Permitir al menos 1 minuto entre cada aspiración para permitir la ventilación y oxigenación.
12. Inyectar la jeringa de suero en el catéter mientras se aplica aspiración para limpiar la luz interna.
13. Oxigenar al paciente.

Cuidados posteriores

1. Vigilar la permeabilidad de la vía aérea.
2. Realizar higiene bucal si es necesario.
3. Mantener un aporte hídrico adecuado para conservar las secreciones fluidas siempre que no haya complicación.
4. Registro del procedimiento: frecuencia del procedimiento, motivo de aspiración, características de las secreciones como color volumen, consistencia y olor., complicaciones si han surgido y tolerancia al procedimiento.^{42,43}



IV. Realizar Fisioterapia pulmonar en el lactante una vez por turno.

Interdependiente

Acciones

El objetivo de la terapia respiratoria es mejorar el estado respiratorio y acelerar la recuperación mediante la

a) Practicar vibración torácica

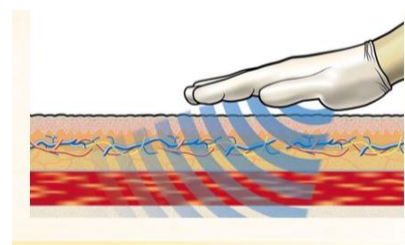
Procedimiento

1. Coloque al paciente en decúbito lateral alternando derecho e izquierdo y dependiendo del segmento que se desea drenar.
2. Coloque los dedos ligeramente separados, realizando una presión vibratoria que se trasmite al pulmón.
3. Coloque la mano sobre la zona a tratar con la palma de la mano plana y realice siempre la vibración coincidiendo con la expiración del paciente.
4. Observar la tolerancia por medio de la saturación de O₂, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca.^{42, 43}



remoción de las secreciones de las vías respiratorias en las enfermedades pulmonares asociadas con hipersecreción y la resistencia de la vía aérea reducida, mejorando el intercambio gaseoso y reduciendo el trabajo respiratorio.

Las intervenciones de la terapia respiratoria incluyen ejercicios de respiración profunda, tos asistida, drenaje postural, percusión, vibración y espirometría incentivada.⁴¹



V. Vigilar parámetros de la ventilación mecánica durante el turno.

Interdependiente

Acciones

- a) Asegurarse que las conexiones del ventilador estén conectadas.
- b) Asegurarse que las alarmas del respirador estén en funcionamiento.
- c) Verificar que los parámetros del ventilador sean los indicados:
 - Modo..... A/C
 - FIO₂..... 100%
 - PIM..... .16
 - PEEP.....4
 - Frecuencia.....24
- d) Controlar actividades que aumenten el consumo de oxígeno como fiebre, dolor, actividades de enfermería.
- e) Recomendaciones:
 - Los lactantes deben colocarse en posición semisentada entre 30 a

La ventilación mecánica es un tratamiento de soporte vital, en el que utilizando una máquina se suministra un soporte ventilatorio y oxigenatorio, facilitando el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio. El ventilador mecánico, mediante la generación de un gradiente de presión entre dos puntos (boca/vía aérea-alveolo) produce un flujo por un determinado tiempo, lo que genera una presión que tiene que vencer las resistencias al flujo y las propiedades elásticas del sistema respiratorio, obteniendo un volumen de gas que entra y luego sale del sistema.⁴⁴

<p>45° de preferencia en una cama que brinde cambios de posición con elevación de la cabecera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de bajar el nivel de la cabecera del paciente deben aspirarse las secreciones para prevenir microaspiraciones. • El uso de sistemas cerrados se recomienda en pacientes que tienen gran cantidad de secreciones traqueales.⁴⁵ 	
<p>Evaluación</p> <p>Las intervenciones de enfermería que se realizaron lograron disminuir el grado de independencia de un grado 6 a un grado 5 debido a la acumulación constante de secreciones, sin embargo, la fisioterapia respiratoria fue realizada en los diferentes turnos.</p> <p>Se contó con los recursos necesarios para la implementación del plan de intervenciones.</p>	

<p>Necesidad: Alimentación e Hidratación Nivel y Grado: Nivel 5 Dependencia total Tipo de prioridad: Alta Fuente de dificultad: Falta de fuerza</p>	
<p>Dx de Enfermería: Dependencia en la nutrición relacionada con falta de fuerza física por enfermedad cardíaca y aporte insuficiente de nutrientes manifestada por peso bajo para la edad (percentil 15), talla baja para la edad (percentil 3), IMC percentil 15 según tablas de la OMS.</p> <p>Objetivo: Se disminuirá el grado de dependencia del lactante en la necesidad de nutrición mediante la implementación de un plan nutricio durante el siguiente mes.</p>	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <p>1. Valoración de la necesidad de Nutrición e Hidratación Independiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones:</p> <p>a) Realizar historia clínica completa de la necesidad de nutrición e hidratación., realizando entrevista estructurada al cuidador primario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentos que consume. • Edad de ablactación 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p> <p>La exploración física revela alguna de las deficiencias y excesos nutricionales además de los cambios evidentes de peso, la evaluación se centra en los tejidos que proliferan con rapidez como la piel, el pelo, las uñas los ojos y la mucosa.³³</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de leche materna. • Cantidad de alimentos que consume. • Preferencia en la alimentación. • Tipo y cantidad de líquidos que ingiere durante el día. • Alimentos que rehúsa • Factores que alteran la alimentación. <p>b) Inspección y palpación de piel, cabello, uñas.</p> <p>c) Inspección instrumentada de la cavidad oral (estado de hidratación, características de los labios, lengua, paladar, integridad y número de piezas dentales).</p> <p>d) Inspección, auscultación, palpación y percusión abdominal.</p> <p>e) Somatometría: peso, talla, perímetro abdominal.</p> <p>II. Proporcionar el aporte necesario de nutrientes a través de Sonda nasogástrica.</p> <p>Interdependiente</p> <p style="padding-left: 40px;">Acciones</p> <p>a) Disponer de la alimentación enteral según prescripción médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta artesanal de 900 kcal dividido en 4 tomas: • Proteínas 15% Lípidos 31% Hidratos de Carbono 54% • Leche entera 480 ml Galletas marías 18 piezas Queso panela 45 g Aceite vegetal 5 ml Manzana 2 piezas <p>Material</p> <p>Agua purificada o estéril</p> <p>Bomba de infusión</p> <p>Fórmula de NE</p> <p>Guantes no estériles</p> <p>Jeringa de 50ml estéril</p> <p>Sistema para administración de NE</p>	<p>La nutrición enteral aporta nutrientes por vía digestiva mediante fórmulas químicamente definidas a través de una sonda nasogástrica o gástrica en pacientes cuyos requerimientos no se cubren apropiadamente por vía oral y el tracto digestivo realiza la función digestiva parcial o totalmente.⁴⁷</p>
--	---

Procedimiento

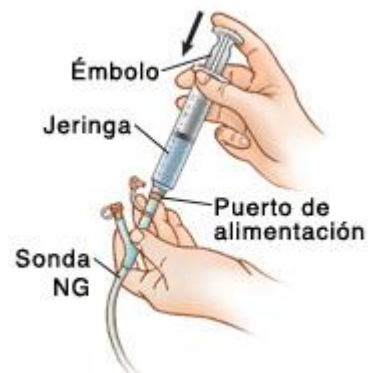
1. Comprobar la prescripción médica.
2. Higiene de manos
3. Preparar la NE y trasladarlo a la unidad del paciente
4. Compruebe que la NE sea la prescrita, paciente, la dosis, ausencia de alergias y fecha de caducidad.
5. Coloca al paciente incorporado de 30 a 45° o posición fowler.
6. Calzarse los guantes
7. Verificar la correcta colocación de SNG:
 - Valore la posición de la SNG mediante la medición del pH del aspirado, utilizando tiras de medición del pH., un $\text{pH} < 5.5$ indica correcto posicionamiento en cavidad gástrica, mientras que si el pH es > 5.5 la alimentación no debe administrarse.
8. Irrigue la sonda con agua estéril para comprobar la permeabilidad de la SNG antes de iniciar la alimentación.
9. Verifique la fijación de la sonda.
10. Compruebe la tolerancia antes de iniciar la alimentación verificando el residuo gástrico en pacientes pediátricos variará según la edad.

Administración por jeringa

- Colocar en la jeringa estéril la fórmula prescrita.
- Insertar la jeringa conteniendo la fórmula alimenticia al tubo de entrada de la sonda, la cual se encuentra pinzada.
- Despinzar la sonda para alimentación y dejar que fluya lentamente la fórmula. Subir o bajar el nivel de la jeringa, para regular el paso de la fórmula.

Administración con bolsa

- Colocar la fórmula en la bolsa para su administración e insertarla en el soporte portasueros o tripie a una altura de 30 cm sobre el punto de inserción de la sonda.
- Purgar el aire contenido en el sistema de la bolsa para alimentación dejando pasar el alimento hasta extinguir por completo el aire.
- Conectar el tubo de la bolsa al dispositivo terminal de la sonda la cual permanece pinzada.
- Despinzar la sonda y dejar que fluya lentamente la fórmula alimenticia.
- Regular la velocidad de infusión según prescripción médica.



- Agitar la bolsa con el contenido de la fórmula para favorecer que la mezcla permanezca con la misma consistencia evitando la concentración de la misma y con ello el taponamiento de la misma.

11. Inicie la administración de la fórmula nutricional:

Continua durante 24 horas:

- Mantenga al paciente incorporado el tiempo que dure la alimentación.
- Inicie la nutrición al ritmo prescrito mediante bomba de infusión.

En bolo:

- La alimentación se distribuirá en 4 o 5 tomas.
- Una vez finalizada la nutrición el paciente se mantendrá en posición de 45° como mínimo 30 minutos tras su administración.
- Al término irrigue la sonda con agua purificada o estéril.

12. Verifique la velocidad de infusión.

13. Retírese los guantes.

14. Realice higiene de manos.

15. Registre el procedimiento.^{46, 47}

b) Observar las complicaciones que puedan surgir de la alimentación enteral:

- Derivadas de la sonda: daños nasales, daño faríngeo, perforación esofágica, inserción en los bronquios, hemorragia por varices.
- Gastrointestinales: náuseas, fístulas, estenosis.
- Metabólicas: hiperglucemia, hipoglucemia, sobrecarga de líquidos y electrolitos.

c) Corroborar sonidos intestinales cada 4 horas.

III. Administrar Nutrición Parenteral prescrita

Interdependiente

Acciones:

- Determinar la correcta colocación del catéter venoso central mediante la placa radiológica.



La Nutrición Parenteral consiste en la provisión de nutrientes mediante su infusión a una vía venosa a través de catéteres específicos para cubrir los requerimientos metabólicos y del crecimiento. Puede ser utilizada,



b) Comprobar que la nutrición parenteral sea la correcta según prescripción médica:

- **NPT para 24 horas p/p a 31.2 ml. por hora**

Glucosa al 50%	230.4 ml.
Aminoácidos 20 g	200 ml.
Lípidos 10 g	50 ml.
Na Cl 30 mEq	10 ml.
KCL 13,63 mEq	3.4 ml.
Gluc Calcio 4.65 mEq	10 ml.
Magnesio 4.05 mEq	5 ml.
MVI	5 ml.
Tracefusin	3 ml.

c) Instalación de la NP

Material y equipo

- Bolsa de nutrición parenteral
- Gasas estériles
- Guantes
- Bomba de infusión
- Sistema de infusión
- Clorhexídina alcohólica al 2% o alcohol al 70%

Procedimiento

- Abrir la bolsa exterior de la nutrición.
- Realizar higiene de manos.
- Conectar el sistema de infusión a la bolsa de la NP.
- Colgar la bolsa de NP y purgar el sistema de infusión.
- Identificar la parte distal del sistema y después colocarlo en la bomba de infusión.
- Ponerse los guantes.
- Aplicar el antiséptico en el conector del catéter.
- Conectar el sistema al catéter.

en todo niño desnutrido o con riesgo de desnutrición secundario a una patología digestiva o extra digestiva aguda o crónica para dar cobertura a sus necesidades nutricionales con el objetivo de mantener su salud y/o crecimiento, siempre que sus necesidades no logren ser administradas completamente por vía enteral.⁴⁸

- Nutrición Parenteral Total (NPT): cuando constituye el único aporte de nutrientes.

- Nutrición Parenteral Parcial: proporciona tan solo un complemento al aporte realizado por vía enteral.⁴⁸



<ul style="list-style-type: none"> • Programar la velocidad de infusión en la bomba para administrar en el tiempo pautado. • Poner en marcha la bomba de infusión. • Desconexión de la NP. • Parar la bomba. • Realizar higiene de manos. • Retirar la bolsa de NP vacía con el sistema. • Ponerse los guantes. • Lavar el catéter con 10 ml. de solución fisiológica.^{48, 49} <p>d) Cuidados posteriores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la bolsa de infusión cada 24hrs. • Cambiar las bosas todos los días aproximadamente a la misma hora y desechar lo que no se administre. • Observar la posible aparición de signos de infección. • Realizar glucosurias y glucemias pautadas. • Vigilar la aparición de signos y síntomas de hiperglucemia o hipoglucemia. • Registro del procedimiento. <p>IV. Realizar Balance de líquidos por turno Interdependiente</p> <p style="padding-left: 40px;">Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Cuantificar la ingesta de líquidos del lactante por turno. b) Cuantificar la cantidad de líquidos eliminados por turno. c) Valorar el estado de piel y las mucosas. d) Realizar el registro preciso del balance de líquidos. 	<p>El balance hídrico es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las pérdidas, enmarcando ésta comparación en un periodo de tiempo determinado (habitualmente en 24hrs.), lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el equilibrio del medio interno del paciente. La regulación hídrica se realiza mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingresos
---	--

<p>V. Monitorizar el estado nutricional</p> <p>Interdependiente</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Pesar y medir al lactante de preferencia a la misma hora.</p> <p>b) Registro de la Somatometría.</p> <p>c) Vigilar las pérdidas y ganancias de peso.</p> <p>VI. Llevar una curva de control de peso y talla semanalmente.</p> <p>Interdependiente</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Utilizar gráficas de acuerdo a la OMS.</p> <p>b) Medir y registrar semanalmente en curvas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso, talla, perímetro cefálico, perímetro braquial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enterales: agua, medicamentos, nutrición. • Parenterales: medicamentos diluidos, hemoderivados y otros (alimentación parenteral). <p>2. Egresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diuresis • Pérdidas por fiebre. • Pérdidas concurrentes: heces, vómito, aspiración gástrica, aspiración intestinal, ileostomía, colostomía y drenajes hemáticos. • Pérdidas insensibles producidas por evaporación en piel y pulmones (5ml/kg.)⁴⁰ <p>El propósito de una valoración del estado nutricional es identificar a los pacientes con riesgo de malnutrición y los que tienen una mala situación nutricional, éstos incluyen: datos antropométricos, datos bioquímicos, datos clínicos, datos alimentarios.³³</p> <p>Las curvas de crecimiento son una valiosa herramienta que se utiliza como herramienta para evaluar el crecimiento y el desarrollo de la niñez, permite evaluar el ritmo o velocidad de crecimiento y comprobar si éste se realiza de acuerdo con el proceso madurativo, determina el estado nutricional del niño.</p>
<p>Evaluación</p> <p>Al realizar la valoración de esta necesidad se detectó en un grado 5 de dependencia, se implementa un plan de intervenciones especializadas para favorecer el estado nutricional del lactante, se dispuso de los recursos materiales necesarios y del equipo multidisciplinario, se mantuvo con una dieta artesanal de 900 kcal, por medio de sonda nasogástrica y NPT,</p>	

posterior se inició con dieta en papillas y al final con dieta picada más fórmula deslactosada. La paciente egresó con un peso de 10,300g no siendo un peso ideal para su edad, no ha sido posible revalorar el peso de Emily debido a su egreso.

<p>Necesidad: Seguridad y Protección Nivel y Grado: Nivel 5 Dependencia total Tipo de prioridad: Alta Fuente de dificultad: Falta de fuerza</p>	
<p>Dx de Enfermería: Alteración de la Seguridad y protección relacionado con pérdida de la segunda barrera de protección (inmunológica) manifestado por valores de laboratorio fuera del rango normal, leucos 14 800, IgG 324 mg/dl, proteína C reactiva 7.010 mg/dl. Objetivo: El lactante disminuirá la alteración en la seguridad y protección por medio de un plan de prevención con la participación del equipo multidisciplinario diariamente.</p>	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <p>I. Valoración de la necesidad se Seguridad y Protección. Independiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Realizar entrevista estructurada al cuidador primario con aspectos relevantes como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores ambientales de su comunidad • Esquema de vacunación • Alergias en piel • Antecedentes familiares dermatológicas • Infecciones de repetición. • Valorar los datos de laboratorio: • Recuento de leucocitos • Recuento de plaquetas • Inmunoglobulinas • Tiempo de coagulación • Proteína C reactiva • Pruebas cutáneas. <p>b) Exploración física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel • Esquema de ganglios linfáticos. 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p> <p>Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humanos, debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física, psicológica y social. Cuando en una persona ésta necesidad esta alterada, es necesario que el personal de salud identifique el origen de dicha alteración para minimizar posibles riesgos de una complicación.¹⁷</p>

II. Realizar medidas preventivas para el control de infecciones durante la estancia hospitalaria

Interdependiente

Acciones

- Realizar lavado de manos

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



DESINFECTAR MANOS CON GEL

⌚ Duración del procedimiento: 30 segundos.



- Promover los 5 momentos para la higiene de manos.

La transmisión de patógenos asociada con la atención de la salud se produce mediante contacto directo e indirecto. El contagio mediante manos contaminadas de los trabajadores de la salud es el patrón más común en la mayoría de los escenarios.

Los patógenos asociados pueden provenir de heridas infectadas, de drenajes, de áreas colonizadas, mobiliario y objetos del entorno.

La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada.

Sus 5 momentos para la HIGIENE DE LAS MANOS



III. Administrar en forma segura de medicamentos prescritos.

Interdependiente

Acciones

- a) Corroborar la indicación médica en el expediente clínico.

Vancomicina

Dosis: 100mg cada 6 hrs IV diluido en 20 ml.

Meropenem

Dosis: 340 mg cada 8 hrs diluido en 7 ml.

- b) Higiene de manos.
 c) Preparar los medicamentos en una campana de flujo laminar con técnica aséptica.
 d) Aplicar los 10 correctos en la administración de medicamentos:
- Paciente correcto
 - Medicamento correcto
 - Dosis correcta
 - Vía correcta
 - Hora correcta
 - Verificar fecha de caducidad del medicamento
 - Dilución correcta
 - Goteo correcto
 - Equipo correcto
 - Registro correcto.
- e) Administrar el medicamento
 f) Higiene de manos.

La administración de medicamentos consiste en preparar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos.

La seguridad es el manejo de medicamentos que tiene como objetivo alcanzar la máxima calidad asistencial pero también con la máxima seguridad, no puede existir calidad si no existe seguridad. Por lo tanto el término seguridad implica no solo la ausencia de errores si no una actitud positiva previsor en la reducción de efectos adversos.⁵⁰

Vancomicina

Antibiótico glicopéptido con acción frente a la mayoría de bacterias gram positivas (aerobias y anaerobias), es eficaz en el tratamiento de las infecciones producidas por bacterias resistentes a los antibióticos beta lactámicos. Es el antibiótico de elección por *Staphylococcus aureus*.
 Dosis: en prematuros y niños menores de 1 mes se

- g) Documentar lo administrado.
 h) Verificar el efecto esperado o cualquier complicación.



recomienda una dosis inicial de 15mg/kg cada 12 hrs, Niños de 10 mg/kg cada 6 hrs. La eficacia y toxicidad están relacionadas con las concentraciones plasmáticas con rango terapéutico propuesto entre 5 y 10 mcg para la concentración mínima, la concentración máxima no debe exceder a los 40 mcg/ml. No debe administrarse por vía IM y debe evitarse la extravasación en la infusión IV por riesgo de necrosis tisular, puede presentar tromboflebitis.

Durante la infusión pueden presentarse reacciones anafilactoides, incluidas hipotensión, sibilancias, disnea, urticaria y prurito.⁵¹

Meropenem

Antibiótico semisintético de la familia de los carbapenems que se utiliza por vía IV, se utiliza en niños para el tratamiento de la meningitis bacteriana. Inhibe la formación de la pared celular facilitando la lisis de la bacteria siendo su efecto bactericida, es una sustancia anfótera que atraviesa fácilmente la membrana externa de la célula.

Después de la administración se distribuye en la mayor parte de los tejidos y fluidos incluido el líquido cefalorraquídeo, se metaboliza mínimamente produciendo un metabolito inactivo, aproximadamente el

<p>IV. Administrar en forma segura las soluciones prescritas al lactante. Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Corroborar la solución prescrita en el expediente clínico del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solución Glucosada al 5% 125 ml • Solución fisiológica al 0.9%....65 ml. • KCL..... 5 ml. • Gluconato de Calcio.....3.3 ml. • Sulfato de Magnesio.....1.6 ml. • Volumen total 199.9 p/p 24.9 x hora. <p>b) Prepara soluciones en una campana de flujo laminar y con técnica aséptica.</p> <p>c) Mantener un adecuado manejo de las soluciones parenterales.</p> <p>De acuerdo a lo dispuesto por la Norma oficial 022 que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deben preparar y administrar las soluciones y medicamentos con técnica aséptica. • Las soluciones intravenosas deben cambiarse inmediatamente cuando la integridad del contenedor este comprometida. • Deben administrarse a través de un catéter venosos central las soluciones que contengan 	<p>70% se excreta en la orina en 12 hrs.</p> <p>Dosis: niños de > de 3 meses de edad la dosis recomendada es de 40 mg/kg cada 8 hrs, la dosis máxima diaria es de 32 g/día.</p> <p>No debe utilizarse en pacientes con hipersensibilidad a las cefalosporinas, imipenem o a cualquier antibiótico beta lactámico.</p> <p>Es un fármaco que presenta pocos efectos adversos como diarrea, náuseas, vómito, cefalea, prurito, rash, apnea y constipación.⁵²</p> <p>El término seguridad implica no solo la ausencia de errores si no una actitud positiva previsoras en la reducción de efectos adversos.⁵⁰</p> <div data-bbox="954 1249 1393 1621" data-label="Image"> </div>
---	---

Dextrosa al 10% y 50%, proteínas, NPT, soluciones y medicamentos con pH menor a 5 o mayor a 9 y con una osmolaridad mayor a 600mOsm/L.

- La vía por donde se infunda NPT deberá ser exclusiva y cuando se manipulen los sitios de conexión, deberá realizarse con técnica estéril.
- El personal de enfermería debe monitorizar la administración de la terapia de infusión intravenosa y evaluar el sitio de inserción como mínimo una vez por turno.
- Se debe usar bombas de infusión en soluciones de alto riesgo o que requieran mayor precisión en su ministración.

V. Mantener un adecuado manejo a las líneas intravasculares diariamente.

Interdependiente

Acciones

- a) Verificar por turno el sitio de inserción del catéter central.
- b) Mantener un adecuado manejo de los circuitos:

De acuerdo a lo dispuesto por la Norma oficial 022 que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión:

- Se recomienda el uso de conectores libre de agujas para evitar las desconexiones de la vía, de no contar con ellos se puede sustituir con llaves de paso.
- Cuando no se utilicen llaves de paso deberán mantenerse cerradas y selladas.
- Los equipos deben estar libres de fisuras, deformaciones, burbujas, oquedades, rebabas, bordes filosos, rugosidades, desmoronamientos, partes reblandecidas, material extraño y la superficie debe de tener un color uniforme.
- Se deben utilizar equipos de administración opacos (aluminio-ámbar) que eviten la descomposición de medicamentos fotolábiles y que permitan la visibilidad de las soluciones intravenosas.
- Se recomienda el uso de conectores libre de agujas ya que disminuyen el riesgo de infecciones por contaminación durante la infusión de soluciones intravenosas y elimina el peligro de punciones accidentales en el personal de salud.
- Al cambio de catéter, no es necesario el cambio de set básico de terapia de infusión e insumos a menos que se encuentre con evidencia de retorno sanguíneo, contaminado, dañado o porque haya cumplido 72 horas de haberse instalado.
- Los equipos de infusión deberán ser cambiados cada 24 horas si se está infundiendo una solución

Los insumos necesarios que se deben utilizar para la administración de la terapia de infusión intravenosa son: solución a infundirse, solución para dilución de medicamentos, equipo de volumen medido, equipo de venoclisis (macro, micro o set de bomba), conectores libres de aguja y/o llave de paso, catéter y apósito semipermeable.⁵³



hipertónica: dextrosa al 10%, 50%, NPT y cada 72 horas en soluciones hipotónicas e isotónicas. En caso de contaminación o precipitación debe cambiarse inmediatamente.

- No se deben desconectar las vías de infusión innecesariamente, cuando sea necesario debe hacerse con técnica aséptica.
- El set básico de la terapia de infusión y los insumos deberán ser rotulados con fecha, hora y nombre de la persona que lo instala.
- El equipo de la administración de la terapia de infusión deberá cambiarse cada 72 horas si existe sospecha de contaminación o infección sistémica asociada a un catéter central o periférico, se procederá al retiro inmediato, en caso de infección localizada en el sitio de inserción del catéter venoso central sin evidencia de complicación sistémica en pacientes con dificultad para ubicar un nuevo acceso venoso central, considerar la toma de cultivo del sitio de inserción y la curación cada 24 horas hasta la remisión del evento.⁵³

c) Realizar curación del catéter central

- Se debe evitar la manipulación innecesaria del catéter.
- La limpieza del sitio de inserción del catéter venoso central se realiza cada siete días si se usa apósito transparente, cuando se usa gasa o material adhesivo, la limpieza se realizará cada 48 horas. En ambos casos el cambio se deberá hacer inmediatamente cuando el apósito este húmedo, sucio o despegado, al grado que comprometa la permanencia del catéter, en el caso de usar gasa estéril por debajo del apósito transparente obliga el cambio cada 48 horas.
- La limpieza del sitio de inserción en los catéteres periféricos se realizará sólo en caso de que el apósito esté húmedo, sucio o despegado al grado que comprometa la permanencia del catéter.
- El catéter periférico corto debe ser removido sistemáticamente cada 72 horas y de inmediato cuando se sospeche contaminación o complicación así como al discontinuarse la terapia.
- No se recomienda el cambio sistemático del catéter periférico en niños y pacientes con limitación de accesos venosos, en estos casos deben dejarse colocados hasta finalizar el tratamiento a menos que se presente una complicación.⁵³

El catéter es un dispositivo o sonda plástica minúscula, biocompatible, radiopaca, que puede ser suave o rígida, larga o corta dependiendo del diámetro o tipo de vaso sanguíneo en el que se instale, se utiliza para infundir solución intravenosa directamente a la vena cava.⁵³





VI. Vigilancia continua de resultados de laboratorio

Interdependiente

Acciones

- a) Valorar diariamente
 - Leucocitos
 - Plaquetas
 - TP, TPT
 - Tiempos de coagulación
 - PCR

Las pruebas diagnósticas son herramientas de ayuda para la decisión clínica. La medicina de laboratorio basada en la evidencia combina la epidemiología clínica, la estadística y las ciencias sociales con la bioquímica clásica y la molecular, con vistas a mejorar la efectividad y la eficiencia de las pruebas de laboratorio.⁵⁴

Evaluación

Al realizar la valoración de ésta necesidad se encontró en un nivel 5, con el plan de intervenciones especializadas fue posible disminuir el grado de dependencia a un nivel de Riesgo debido a sus condiciones físicas y vulnerabilidad en la que se encuentra, se contó con los recursos materiales necesarios y el apoyo del personal de Enfermería para la implementación del plan de intervenciones.

<p>Necesidad: Eliminación Urinaria Nivel y Grado: Nivel 5 Dependencia transitoria Tipo de prioridad: Alta Fuente de dificultad: Falta de fuerza física</p>	
<p>Dx de Enfermería: Alteración hidroelectrolítica relacionado con efectos secundarios de medicamentos diuréticos manifestado por volumen urinario de 4.9 ml/kg/hrs, K 10. 1, Cl 106 mmo/L.</p> <p>Objetivo: El lactante recuperará su equilibrio hidroelectrolítico por medio de un plan de intervenciones especializadas que ayuden a contrarrestar los efectos de los diuréticos durante las siguientes 8 hrs.</p>	
<p>INTERVENCIONES</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>I. Valorar la necesidad de eliminación urinaria.</p>	<p>La valoración completa de la función urinaria del paciente</p>

<p>Independiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Realizar interrogatorio al cuidador primario mediante la historia clínica para esta edad.</p> <p>b) Exploración física de piel, abdomen y genitales utilizando el método clínico.</p>	<p>incluye: anamnesis de enfermería, valoración física del aparato genitourinario,, hidratación y análisis de la orina.³³</p>
<p>II. Administrar los Medicamentos prescritos.</p> <p>Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Corroborar la indicación médica en el expediente clínico del paciente.</p> <p>b) Ajustar dosis de furosemida según prescripción médica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis indicada: 120 mcg/kg/hora en infusión continua. • Dosis ajustada: 20 mcg/kg/hora en infusión continua. <p>c) Verificar la ministración del medicamento siguiendo los diez correctos.</p> <p>d) Vigilar la presencia de reacciones adversas del medicamento,</p>	<p>El furosemide es un diurético de asa que produce un comienzo rápido, comparativamente potente y de corta duración de la diuresis. Su efecto diurético se presenta a los 15 minutos después de la dosis IV y una hora por VO, su acción diurética resulta de la inhibición de la reabsorción del cloruro de sodio en el asa de Henle, su efecto antihipertensivo se debe a un aumento de la excreción de sodio, reducción del volumen sanguíneo y a la disminución de la respuesta del músculo liso vascular a estímulos vasoconstrictores.³⁹</p>
<p>III. Administrar líquidos y electrolitos prescritos.</p> <p>Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Administración de líquidos prescritos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solución calculada para 6 horas Sol. Glucosada al 5% 125 ml Sol fisiología 0.9% 65ml KCL 5ml. Gluconato de calcio 3.3 ml. Sulfato de Mg. 1.6 ml. <p>b) Observar si existen datos de sobrecarga de líquidos como crepitantes, hipertensión, edema, distensión de las venas del cuello.</p>	<p>Los electrolitos, iones cargados con capacidad para conducir la electricidad, están presentes en todos los líquidos corporales y en los distintos compartimentos, del mismo modo que el mantenimiento del equilibrio hídrico es vital para el funcionamiento normal del organismo también lo es el equilibrio electrolítico. Los electrolitos son importantes para:</p>

<p>c) Toma de laboratorios (electrolitos séricos).</p> <p>d) Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.</p> <p>IV. Realizar balance de líquidos por turno.</p> <p>Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Cuantificar la ingesta de líquidos del lactante por turno.</p> <p>b) Cuantificar la cantidad de líquidos eliminados por turno.</p> <p>c) Valorar el estado de piel y las mucosas.</p> <p>d) Realizar el registro preciso del balance de líquidos.</p> <p>La regulación hídrica se realiza mediante:</p> <p>1. Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enterales: agua, medicamentos, nutrición. • Parenterales: medicamentos diluidos, hemoderivados y otros (alimentación parenteral). <p>2. Egresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diuresis (medida en ml/Kg/horas): Valor normal: 1.5 a 3.5ml Anuria < 0.5 ml Oliguria <0.8 ml Poliuria > 3.5ml • Pérdidas por fiebre. • Pérdidas concurrentes: heces, vómito, aspiración gástrica, aspiración intestinal, ileostomía, colostomía y drenajes hemáticos. • Pérdidas insensibles producidas por evaporación en piel y pulmones (5ml/kg.)⁴⁰ <p>Material Registro de balance hídrico. Envase calibrado para medir ingesta. Envase calibrado para medir diuresis. Báscula.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener el equilibrio hídrico. ✓ Contribuir a la regulación ácido base. ✓ Facilitar las reacciones enzimáticas. ✓ Transmitir las reacciones neuromusculares.³³ <p>El balance hídrico es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las pérdidas, enmarcando ésta comparación en un periodo de tiempo determinado (habitualmente 24 hrs.) lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el equilibrio del medio interno del paciente.⁴⁰</p>
--	---

Termómetro.

Procedimiento

- 1 Establezca un plan sistemático para registrar la cantidad de líquidos ingeridos en cada turno.
- 2 Realice lavado de manos.
- 3 Cuantifique la ingesta de líquidos del paciente cada 8 horas, teniendo en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos, y los líquidos por vía venosa.
- 5 Cuantifique la cantidad de líquidos eliminados cada 8 horas: el total de la diuresis.
- 6 Valore el estado de la piel y mucosas, color de la orina y la aparición de edemas.
- 7 Calcule el agua endógena.
- 8 Calcule las pérdidas insensibles.
- 9 Contabilice todos los líquidos ingresados.
- 10 Contabilice todos los líquidos egresados.
- 11 Realice el balance de líquidos:
 - ✓ Balance de líquidos = Ingresos totales - Egresos totales.
 - ✓ Si el balance hídrico es positivo, aumento de los líquidos ingresados, el paciente se encuentra en estado hipervolémico.
 - ✓ Si por el contrario es negativo, aumento de los líquidos egresados el paciente se encuentra en estado hipovolémico.
 - ✓ En el balance hídrico donde los líquidos ingresados son iguales a las pérdidas, el paciente se encuentra en estado euvolémico.
- 12 Registre entradas, salidas y balance.⁴⁰

V. Llevar un adecuado manejo de la sonda urinaria diariamente.

Interdependiente

Acciones

- a) Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.
- b) Asegurarse de que la bolsa colectora se situé por debajo del nivel de la vejiga.
- c) Mantener la permeabilidad de la sonda urinaria.
- d) Mantener limpia la parte externa de la sonda urinaria a nivel del meato urinario.
- e) Realizar la cuantificación urinaria cada hora:

Procedimiento

1. Explique al cuidador la razón por la cual se requiere una medición correcta de la diuresis.
2. Establezca un plan sistemático para registrar la cantidad de orina en cada turno.
3. Realice lavado de manos.
4. Calzarse los guantes.
5. Mida la diuresis en un recipiente graduado.
6. Observe el color, olor y cantidad.
7. Mida la diuresis cuando la bolsa de drenaje este a 2/3 partes del total para evitar la tracción sobre el catéter por el peso de la bolsa.
8. Observe directamente en la bolsa la cantidad de orina y desocupe la bolsa utilizando la válvula de drenaje.

Los cuidados a los pacientes con sonda urinaria van dirigidos a evitar la infección del tracto urinario y a favorecer el flujo urinario a través del sistema de drenaje.

Medir la diuresis es importante para valorar el funcionamiento renal que permite evaluar la evolución clínica y ayudar a decidir una conducta adecuada en el tratamiento.



<p>9. Para evitar pérdidas de orina asegúrese que la bolsa este bien conectada a la sonda.</p> <p>10. Vigile que el tubo de la sonda no estén doblados para que no se impida el paso de orina a la bolsa.</p> <p>11. Deseche la orina en el W.C.</p> <p>12. Registre la cantidad y las características de la orina.⁵⁵</p> <p>VI. Mantener monitorización continua de los signos vitales en el lactante.</p> <p>Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.</p> <p>b) Valorar la presencia y calidad de los pulsos.</p> <p>c) Monitorizar la saturación de oxígeno.</p>	<p>La monitorización permite detectar, procesar y desplegar en forma continua los parámetros fisiológicos del paciente que pueden verse alterados causando posibles complicaciones.³³</p>
<p>Evaluación</p> <p>Las intervenciones de enfermería fueron realizadas satisfactoriamente cumpliendo de esta manera el objetivo formulado se logró disminuir la dependencia de un nivel 5 a un nivel 3 en las 8 horas posteriores el gasto urinario descendió a 2.1 ml/kg/hora.</p> <p>Se contó con los recursos materiales y humanos para la implementación de las intervenciones especializadas planeadas.</p>	

<p>Necesidad: Termorregulación</p> <p>Nivel y Grado: Nivel 5 Dependencia total</p> <p>Tipo de prioridad: Alta</p> <p>Fuente de dificultad: Falta de fuerza</p>	
<p>Dx de Enfermería: Alteración del bienestar físico relacionado con aumento de la temperatura corporal manifestado por temperatura de 38.3°C, FC 170 x min.</p> <p>Objetivo: La lactante mantendrá su temperatura corporal entre 36.5-37.5°C a través de intervenciones de enfermería específicas durante las siguientes 8 hr.</p>	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <p>I. Realizar la valoración de la necesidad de termorregulación</p> <p>Independientes</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Realizar entrevista estructurada al cuidador primario:</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p> <p>El personal de Enfermería debe saber cuáles son los factores que puede afectar a la temperatura corporal para poder reconocer las variaciones normales de la temperatura y</p>

- Frecuencia de fiebre en el lactante.
- Tratamiento de la fiebre
- Sudoración en el lactante.

b) Exploración física de la piel:

- Inspección: piloerección, escalofríos, coloración.
- Palpación: uniformidad, distribución del calor corporal.

II. Tomar y registrar la temperatura corporal cada hora

Independiente

Acciones

- Determinar el sitio de toma de temperatura según las condiciones del lactante (oral, axilar, rectal).
- Preparar el equipo y material para la toma de la temperatura: termómetro digital, guantes (para toma rectal), toallitas alcoholadas.
- Realizar la toma de temperatura
 - La fiebre se clasifica con base en su magnitud como febrícula (menor de 38°C), fiebre moderada (38 a 39.5°C), elevada o hiperpirexia (39.6 a 40,9°C) e hipertermia (mayor de 41°C).⁵⁶
- Registrar en la hoja de curva térmica.



III. Vigilar síntomas relacionados con la hipertermia

comprender el significado de las mediciones que se desvían de la normalidad.³³

La termometría clínica es el estudio de la temperatura del cuerpo humano, las determinaciones más utilizadas son: rectal, axilar, bucal y ótica y timpánica. La técnica más confiable es la rectal que requiere tres minutos, la axilar requiere tres a cinco minutos para hacer la lectura.

Regiones recomendadas según edad:

Edad	Localización
Menores de 2 años	Rectal Axilar
Entre 2 y 5 años	Recto Tímpano Axila
Más de 5 años	Oral Timpánico Axilar

Existen termómetros electrónicos o digitales que utilizan sensores de temperatura rápida y de fácil lectura, muy seguros y además exactos.⁵⁶

La fiebre es un síndrome y tiene como manifestación más

<p>Independiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Observar y registrar síntomas relacionados con la hipotermia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea • Apnea • Taquicardia • Rubor • Extremidades calientes • Irritabilidad • Temperatura de piel mayor que la central • Llanto débil o ausente. 	<p>importante el aumento de la temperatura del organismo, la causa es la alteración de los centros termorreguladores del bulbo; básicamente es un resultado de una alteración tisular, clínicamente se manifiesta por taquicardia, taquipnea, intranquilidad, hipermetabolismo, anorexia, mucosas orales secas, cefalea, escalofríos, temblor, aumento de las pulsaciones causando un desequilibrio en la homeostasis del individuo.⁵⁷</p>
<p>IV. Administrar medicamentos antipiréticos indicados</p> <p>Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Corroborar la prescripción médica en el expediente clínico del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 150 mg IV PRN PVM. <p>b) Limpiar la superficie sobre la cual se prepara el medicamento.</p> <p>c) Higiene de manos.</p> <p>d) Aplicar los 10 correctos en la administración de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente correcto • Medicamento correcto • Dosis correcta • Vía correcta • Hora correcta • Verificar fecha de caducidad del medicamento • Dilución correcta • Goteo correcto • Equipo correcto • Registro correcto. <p>e) Administrar el medicamento</p> <p>f) Higiene de manos.</p> <p>g) Documentar lo administrado.</p>	<p>Paracetamol</p> <p>Analgésico y antipirético, inhibidor de la síntesis periférica y central de prostaglandinas, por acción sobre la ciclooxigenasa. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.</p> <p>Se desconoce el mecanismo exacto de la acción del paracetamol aunque se sabe que actúa a nivel central.</p> <p>El paracetamol se absorbe rápidamente y completamente por el tracto digestivo.</p> <p>La semivida de eliminación es de 2 a 4 horas en pacientes con función hepática normal siendo prácticamente indetectable en el plasma 8 horas después de su administración.</p> <p>Los antiácidos y los alimentos retrasan y disminuyen la absorción. Las fenotiazinas interfieren con el centro termorregulador, con lo que su uso concomitante con el paracetamol puede ocasionar hipotermia.</p>

<p>V. Controlar la temperatura por medios físicos Independiente</p> <p>Acciones</p> <p>a) Retirar el exceso de sábanas y/o cobertor</p> <p>b) Valorar el uso de medios físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paños fríos • Baño de esponja con agua tibia. • Uso de bolsa con hielo o gel. <p>Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prepare el material y trasladarlo a la unidad del paciente. 2. Higiene de manos. 3. Corroborar la temperatura confirmando la hipertermia. 4. Evaluar el estado de la vía aérea y los para metros vitales. 5. Valorar el llenado capilar, temperatura de extremidades y gasto urinario. 6. Aplicar compresas frías en región axilar, frente, ingles. 7. Las bolsas con hielo o .gel no deben ser aplicadas directamente en la piel del paciente, se cubrirán con ropa de cama y para evitar que maduras no mantenerlas por más de 30 minuto en cada zona. 8. El baño con esponja deberá ser con agua tibia. 9. Conservar la ropa de cama limpia y seca. 10. Registrar el procedimiento.⁵⁹ <p>VI. Administrar líquidos por vía intravenosa prescritos Interdependiente</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Administración de líquidos prescritos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solución calculada para 6 horas Sol. Glucosada al 5% 125 ml Sol fisiología 0.9% 65ml KCL 5ml. Gluconato de calcio 3.3 ml. Sulfato de Mg. 1.6 ml. 	<p>El paracetamol el hepatológico siendo resultado de una sobredosis administrada. Algunos efectos hematológicos son neutropenias, leucopenia, trombocitopenia y pancitopenia.⁵⁸</p> <p>La mayoría de los métodos físicos antipiréticos se basan en técnicas de refrigeración externa que promueven la pérdida de calor a través de la piel por conducción, convección o evaporación. Los beneficios de los medios físicos antipiréticos son la supresión de la fiebre y la prevención de los efectos negativos.</p> <p>En los enfermos críticos una temperatura central superior a 41°C puede tener efectos perjudiciales, los medios físicos antipiréticos deben ser considerados después de que el tratamiento farmacológico haya fallado.</p> <p>Los efectos adversos comunes de los métodos de enfriamiento físicos en niños se circunscriben a temblores, llanto y malestar.⁵⁹</p> <p>El lactante está más sujeto a desarrollar un número mayor de trastornos productores de pérdida anormales de agua y electrolitos.</p> <p>Las necesidades normales de mantenimiento consisten en aquellas cantidades de agua y electrolitos perdidos a través del sudor, pérdida insensible de agua, orina y heces.⁶⁰</p>
---	--

b) Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.	
Evaluación Se realizó la valoración de la necesidad de termorregulación detectando un nivel 5 de dependencia total, las intervenciones de Enfermería fueron realizadas satisfactoriamente cumpliendo de esta manera el objetivo formulado disminuyendo a un nivel de riesgo, la paciente se mantuvo dentro de parámetros normales de temperatura. Se contó con los recursos materiales y humanos para la implementación del plan de intervenciones.	

Necesidad: Movilización y Postura ,Vestido y Desvestido Nivel y Grado: Nivel 4 Algunas semanas Tipo de prioridad: Alta Fuente de dificultad: Falta de fuerza	
Dx de Enfermería: Alteración de la Movilidad y del Vestido y desvestido relacionado con disminución de la fuerza en extremidades torácicas y dolor al movimiento manifestado por fuerza muscular 3/5 en escala Daniels, molestias al colocarse la pijama. Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Por medio de un plan terapéutico de ejercicios activos el lactante mejorará la fuerza muscular aplicándolo durante una semana y que pueda continuar en su domicilio con ayuda del cuidador primario. • Mediante un plan terapéutico del manejo del dolor junto con el equipo multidisciplinario el lactante disminuirá la incapacidad para vestirse y desvestirse. 	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
I. Valorar la necesidad de Movilización y postura y de la necesidad de Vestido y desvestido. Independiente Acciones a) Realizar una entrevista estructurada al cuidador primario obteniendo datos de importancia para éstas dos necesidades: <ul style="list-style-type: none"> • APGAR al nacimiento • Edad de gateo, sedestación, bipedestación. • Postura que adopta el lactante al sentarse, al caminar. • El actante corre, brinca, necesita ayuda para caminar. 	La evaluación de la movilidad y postura del paciente se debe abordar de manera sistemática e incluye la obtención de la anamnesis de enfermería y una exploración física de la alineación corporal, la marcha el aspecto y movimiento de las articulaciones, la capacidad y limitaciones del movimiento, la masa y fuerza muscular, la tolerancia a la actividad. Los problemas relacionados con la inmovilidad y la forma física. ³³ Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo, éste

<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para realizar algún movimiento. • Colores de la ropa que usa el lactante. • Tipo de material de la ropa. • Cada cuando se realiza el cambio de ropa en el lactante. • Cuando hace frio o calor que tipo de ropa usa. • Características de la ropa y calzado. • El lactante ayuda a vestirse y desvestirse. • Tiene el lactante alguna prenda en especial. <p>b) Realizar exploración física mediante observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad del lactante para el vestido y desvestido. • Calidad de la ropa personal y hospitalaria que utiliza. • Características de sus prendas de vestir. • Limitaciones físicas en el lactante para el vestido y desvestido. <p>c) Realizar exploración física del aparato musculoesqueletico.</p> <p>Evaluación del tono muscular Tono: estado de tensión moderada en que se encuentran los músculos en reposo. Para valorar el tono se explora la resistencia muscular ofrecida al desplazamiento articular, generalmente se busca en los codos, muñecas, rodillas y tobillos haciendo movimientos de flexo extensión. En condiciones normales los músculos del segmento que se examina mantienen un tono muscular que corresponde a una ligera tensión o resistencia al movimiento pasivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una resistencia disminuida corresponde a una <i>hipotonía</i> • Un aumento de la resistencia corresponde a una <i>hipertonía</i>. 	<p>debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimiento.</p> <p>Determinadas circunstancias pueden influir en el aspecto del vestido como físicas, biológicas, psicológicas y culturales.³³</p>
--	--

<p>Fuerza: su exploración se realiza mediante el estudio de la actividad muscular voluntaria, efectuada contra la resistencia del explorador, los resultados de la prueba se registran en una escala del 0 al 5.</p> <p>Grado 0: ausencia de contracción y movimiento.</p> <p>Grado 1: contracción y cambio de tono pero no hay movimiento.</p> <p>Grado 2: contracción y movimiento con ayuda, al eliminar la fuerza de gravedad.</p> <p>Grado 3: movimiento completo contra la gravedad.</p> <p>Grado 4: contracción y movimiento completo contra la gravedad y moderada contra la resistencia del examinador.</p> <p>Grado 5: movilidad completa contra gravedad y contra resistencia.</p> <p>Evaluación de los reflejos tendinomusculares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflejo bicipital: se sujeta el codo del paciente en semiflexión, se percute en el tendón del músculo y la respuesta será la flexión del antebrazo sobre el brazo. • Reflejo tricipital: se toma el brazo con una mano a nivel del codo dejando caer el antebrazo en ángulo recto, se percute el tendón del tríceps y se obtiene como resultado extensión del antebrazo sobre el brazo. • Reflejo radial: se coloca el miembro superior con el antebrazo en flexión sobre el brazo, de manera que el borde cubital del antebrazo descansa sobre el terapeuta, se percute la apófisis estiloides del radio, la respuesta es flexión del antebrazo. Las respuestas accesorias son ligera supinación y flexión de los dedos. 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Reflejo cubital: en la misma posición del anterior, se percute la apófisis estiloides del cubito, la respuesta es pronación del antebrazo con ligera aducción. • Reflejo rotuliano: se evalúa con el paciente sentado al borde de la cama con las piernas en suspensión o con una pierna cruzada sobre la otra, el estímulo es la percusión del tendón rotuliano, la respuesta es la extensión de la pierna. • Reflejo aquiliano: el paciente al borde de la camilla o silla, se levanta ligeramente el pie con una mano, y se percute el tendón de Aquiles. <p>La representación gráfica de los reflejos se representa:</p> <p>Cero (0) Reflejo ausente aún con esfuerzo (Arreflexia)</p> <p>(+) Reflejo presente pero con refuerzo.</p> <p>(++) Reflejo activo</p> <p>(+++) Reflejo hiperactivo (Hiperreflexia).</p> <p>(++++) Marcadamente hiperactivo acompañado de clonus.⁶¹</p> <p>II. Realizar valoración del dolor en el lactante dos veces por turno</p> <p>Independiente</p> <p>Acciones</p> <p>a) Aplicar escala del dolor (FLACC)</p>	<p>El uso de las escalas de intensidad del dolor es un método fácil y fiable para determinar la intensidad del dolor del paciente, estas escalas permiten una cierta coherencia para que los profesionales de enfermería se comuniquen con el paciente y con el resto del personal de salud.</p> <p>Cuando los pacientes no pueden verbalizar su dolor por su edad, capacidad mental, intervenciones médicas u otros motivos, los profesionales de</p>
--	--

1 mes - 3 años y en pacientes no colaboradores

FLACC			
Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)			
	0	1	2
Cara	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiéndose las piernas	Rigido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

0: no dolor; 1-2: Dolor leve ; 3-5: dolor moderado ; 6-8: dolor intenso; 9-10 : máximo dolor imaginable

- b) Determinar el tratamiento en caso de presentar dolor

III. Implementar una terapia de ejercicios activos en el lactante una vez por turno.

- a) Programar una sesión por turno para la aplicación de la terapia de ejercicios activos al lactante.
 b) Colaborar con el fisioterapeuta en la realización de los ejercicios al lactante.
 c) Enseñarle al cuidador primario los ejercicios para que los continúe en el domicilio.

Movimiento de flexión del brazo

Levantar el brazo desde una posición hacia delante y hacia arriba hasta una posición al lado de la cabeza.

Extensión del brazo

Mover el brazo desde una posición vertical al lado de la cabeza hacia delante y hacia abajo hasta una posición en reposo al lado del cuerpo.

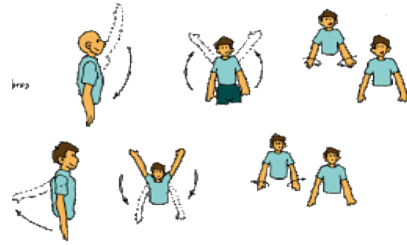
enfermería tienen que valorar con precisión la intensidad del dolor y la efectividad de las intervenciones terapéuticas en cada caso, para ello se debe basar en la observación de la conducta.³³

Los ejercicios activos son ejercicios analíticos o globales realizados por el paciente con su propia fuerza de forma voluntaria y controlada, corregidos o ayudados por el terapeuta. Entre los objetivos de los ejercicios activos son:

- ✓ Recuperar o mantener la función muscular.
- ✓ Recuperar el tono muscular.
- ✓ Evitar la atrofia muscular.
- ✓ Incrementar la potencia muscular.
- ✓ Aumentar la resistencia muscular mediante ejercicios repetitivos que no sobrepasen el esfuerzo máximo.
- ✓ Mejorar la coordinación neuromuscular.
- ✓ Evitar la rigidez articular.⁶²

Abducción del brazo

Mover el brazo lateralmente desde una posición en reposo a los lados a una posición por encima de la cabeza con la palma de la mano lejos de la cabeza.



Aducción (anterior)

Mover el brazo de su posición a los lados a través de la parte delantera del cuerpo, lo más lejos posible.

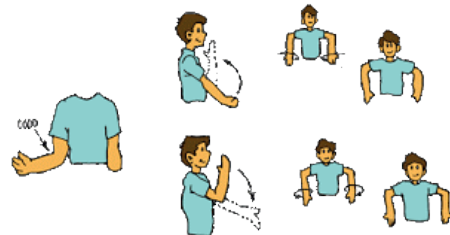
Rotación externa

Con el brazo mantenido hacia afuera a la altura del hombro, el codo doblado formando un ángulo recto y los dedos de la mano hacia abajo, mover el brazo hacia arriba de manera que los dedos señalen hacia arriba.



Rotación interna

Con el brazo mantenido hacia afuera a la altura del hombro, el codo doblado formando un ángulo recto y los dedos de la mano hacia arriba, mover el brazo hacia adelante y hacia debajo de manera que los dedos señalen hacia abajo.



Flexión del codo

Mover el antebrazo y el antebrazo para que la mano quede a la altura del hombro.

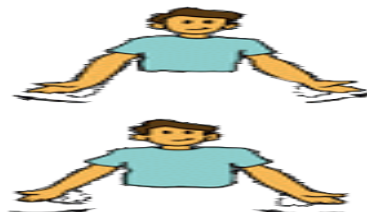
Extensión del codo

Mover el antebrazo hacia adelante y hacia atrás enderezando el brazo.



Rotación por supinación y pronación de la mano

Gire la mano y el antebrazo de manera que la palma de la mano quede hacia arriba y luego hacia abajo.



Flexión y extensión de la mano

Poner los dedos de la mano hacia la cara interna del antebrazo, enderezar cada mano hasta el mismo plano que el brazo,

Flexión y extensión de manos y dedos

Cerrar la mano en un puño y enderezar los dedos de la mano.

Abducción y aducción de dedos

Separar los dedos de la mano y posteriormente juntarlos.³³

IV. Aplicar medidas no farmacológicas una vez por turno

a) Colocar calor local durante 20 a 30 minutos una vez por turno.

El calor aplicado localmente tiene una función analgésica disminuyendo la sensación al dolor, sedación y relajación muscular.

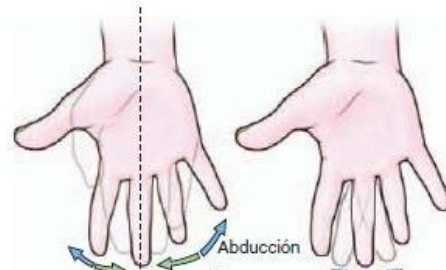
La aplicación de calor local puede realizarse con calor seco o húmedo.

Material:

- 1. Bolsa o guante con agua caliente.
- 2. Fomentos o compresas calientes

Procedimiento:

- 1. 1 Lavado de manos.
- 2. Prepara el equipo necesario.
- 3. Explicarle al paciente lo que se le va a realizar.
- 4. Tomar las constantes vitales.
- 5. Colocar al lactante en posición adecuada en función de la zona donde se vaya aplicar el tratamiento.
- 6. Observar el estado de la piel antes de aplicar el calor.



Una intervención no farmacológica es cualquier estrategia o técnica administrada al niño con dolor con la intención de reducir la sensación de dolor, la percepción del dolor o ambas. Las intervenciones no farmacológicas pueden ser usadas para aliviar el dolor, el miedo y la ansiedad.⁶³



<p>7. Aplicar el calor local en la zona indicada.</p> <p>8. Durante el periodo que dura el tratamiento, comprobar con frecuencia la temperatura en la zona de aplicación.</p> <p>9. Al finalizar retirar el equipo y dejar cómodo al paciente.⁶⁴</p> <p>b) Brindar al lactante una terapia de distracción con juguetes, libros, cuentos, historias acerca del dolor, arrullar al lactante para que se sienta más cómodo.</p> <p>c) Aplicar masaje en las extremidades torácicas una vez por turno durante 10 minutos.</p> <p>V. Administrar terapia farmacológica al lactante.</p> <p>Interdependiente</p> <p>Acciones</p> <p>a) Corroborar la prescripción médica en el expediente clínico del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 150 mg IV PRN PVM. <p>b) Higiene de manos.</p> <p>c) Aplicar los 10 correctos en la administración de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente correcto • Medicamento correcto • Dosis correcta • Vía correcta • Hora correcta • Verificar fecha de caducidad del medicamento • Dilución correcta • Goteo correcto • Equipo correcto • Registro correcto. <p>d) Administrar el medicamento</p> <p>e) Higiene de manos.</p> <p>f) Documentar lo administrado.</p>	<p>El tratamiento farmacológico del dolor implica el uso de fármacos opiáceos (narcóticos), no opiáceos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES).³³</p> <p>Paracetamol</p> <p>Analgésico y antipirético, inhibidor de la síntesis periférica y central de prostaglandinas, por acción sobre la ciclooxigenasa. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.</p> <p>Se desconoce el mecanismo exacto de la acción del paracetamol aunque se sabe que actúa a nivel central.</p> <p>El paracetamol se absorbe rápidamente y completamente por el tracto digestivo.</p> <p>La semivida de eliminación es de 2 a 4 horas en pacientes con función hepática normal siendo prácticamente indetectable en el plasma 8 horas después de su administración.</p>
--	--

<p>VI. Asistir en la necesidad de vestido y desvestido del lactante.</p> <ol style="list-style-type: none"> Observar la capacidad que tiene el cuidador primario a la hora de vestir y desvestir al lactante. Fomentar la participación de la mama para el vestido y desvestido del lactante. Vestir al paciente con ropa adecuada a su edad. Utilizar ropa de acuerdo a su talla y edad. Informar al cuidador primario la importancia de usar prendas que faciliten el vestido y desvestido de su hija. <ul style="list-style-type: none"> • Ser holgada • De fácil colocación y retirada. • Preferentemente de algodón. • Sin cintas o cordones que aprieten tobillos o muñecas. <div data-bbox="516 1627 695 1843" data-label="Image"> </div>	<p>Los antiácidos y los alimentos retrasan y disminuyen la absorción. Las fenotiazinas interfieren con el centro termorregulador, con lo que su uso concomitante con el paracetamol puede ocasionar hipotermia.</p> <p>El paracetamol el hepatológico siendo resultado de una sobredosis administrada.</p> <p>Algunos efectos hematológicos son neutropenias, leucopenia, trombocitopenia y pancitopenia.⁵⁸</p> <p>Los cuidados básicos de enfermería comprenden la función de ayudar al paciente a seleccionar debidamente las ropas y ayudarle también a que haga el mejor uso posible de las mismas. En el caso de los niños de corta edad, la enfermera se ve obligada a seleccionar las ropas y a vigilar su conservación. En cuanto al niño la enfermera debe proporcionarles la fuerza física que necesitan al vestirse y desvestirse. Enseñar a una persona a recobrar su independencia en esta actividad diaria, y si se trata de un niño, es parte de su adiestramiento social del cuidador primario.¹⁸</p> <div data-bbox="964 1507 1334 1843" data-label="Image"> </div>
---	--

Evaluación
 El plan de intervenciones fue diseñado para disminuir el dolor y mejorar la fuerza muscular, el objetivo se cumplió logrando disminuir el grado de dependencia de un grado 4 a un grado 3, los ejercicios se pudieron realizar solo en tres sesiones, la madre aprendió a realizar la terapia y la siguió realizando a su egreso hospitalario, se utilizaron los recursos necesarios y disponibles para la elaboración del plan de intervenciones. Las medidas no farmacológicas fueron de gran utilidad para el manejo del dolor logrando no administrar de manera continua analgésicos.

Necesidad: **Higiene**
 Nivel y Grado: Nivel 4 Dependencia ligera
 Tipo de prioridad: Alta
 Fuente de dificultad: Falta de conocimiento

Dx de Enfermería: Dependencia en el aseo bucal relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario para realizar el aseo manifestado por lengua saburral, placa dentobacteriana, verbalización de la mamá de no saber realizar la higiene bucal.

Objetivo: El lactante no presentará dependencia en la higiene bucal con la participación del cuidador primario mediante la enseñanza del cepillado dental durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>I. Valorar la necesidad de Higiene. Independiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones:</p> <p>a) Realizar entrevista estructurada al cuidador primario :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del baño. • Tipo de productos que utiliza para la higiene e hidratación de la piel. • Frecuencia del cambio de ropa. • Inicio del cepillado dental. • Técnica del cepillado dental. • Visitas al odontopediatra. • Corte de uñas de manos y pies. <p>b) Realizar exploración física utilizando el método clínico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel (coloración, olor, estado de hidratación, turgencia). • Cabello (aspecto el cabello, olor). • Narinas (limpieza, presencia de secreciones). • Boca (presencia de halitosis) 	<p>La evaluación de la boca del paciente y de sus prácticas de higiene comprende: una anamnesis de enfermería, una valoración física de la boca y la identificación de los pacientes con riesgo de padecer problemas orales.¹ Durante la recogida de la anamnesis el personal de enfermería obtiene datos sobre las prácticas de higiene oral del paciente, incluidas las visitas dentales, la capacidad para el cuidado y los problemas orales pasados y actuales.³³</p>

- Lengua (aspecto, coloración).
- Dientes (número de piezas dentales, coloración, presencia de caries, presencia de sarro).
- Oídos (presencia de cerumen, condiciones de limpieza del conducto auditivo externo).
- Uñas (limpieza, tamaño, características).
- Genitales (presencia de secreción, características, limpieza).

II. Fomentar la importancia de la higiene bucal en el lactante.

Independiente

Acciones

- a) Crear conciencia al cuidador primario de la necesidad del cuidado bucal como hábito en el lactante.
- b) Estimular al lactante a la higiene bucal mediante imágenes que ella pueda entender, siendo para ella un momento agradable.



III. Enseñar al cuidador Primario la técnica de cepillado dental en el lactante.

Independiente

Acciones:

- a) Sugerir los diferentes tipos de cepillos dentales y pastas dentífricas que pueden ser utilizadas por el lactante.
 - En niños menores de 2 años con bajo riesgo se puede recomendar el cepillado solo con agua hasta que

La salud bucal está íntimamente relacionada con una adecuada nutrición, por lo que junto con la formación de buenos hábitos alimentarios, se debe promover la formación de buenos hábitos de higiene bucal y prevenir conductas nocivas a fin de evitar la aparición de caries dental.³³

El cepillado requiere de un conjunto de movimientos y secuencias que aseguren abarcar todas las superficies dentarias para realizar un barrido de placa bacteriana que sea eficiente, interesa que la persona aprenda aquella que remueva mejor la placa bacteriana, y que le sea fácil de manejar.

aprendan a escupir. En niños de esta edad con alto riesgo de caries se recomienda el uso de pasta de 1000 ppm de flúor en cantidad mínima (granito de arroz o raspada sobre el cepillo).

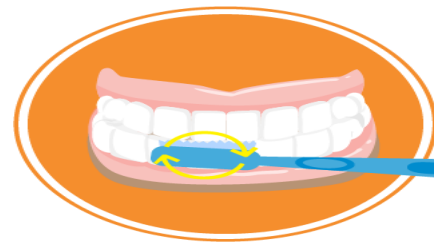
- Niños menores de 2 años: cepillos con filamentos extrasuaves y mango antideslizante (para los padres).
- Niños mayores de 2 años: cepillos con cabezal estrecho, mango de fácil agarre, empuñadura gruesa (para los niños) y filamentos suaves.
- El cepillo debe ser compatible con la boca del niño.^{65, 66}

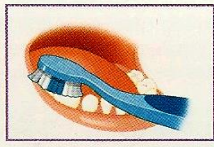


Técnica de cepillado dental

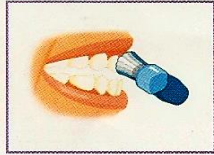
1. Técnica de Starkey: La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo siempre la cabeza del niño en una posición estable, los padres pueden colocarse detrás del niño, sentarse en una silla si el niño está de pie o colocar la cabeza de su hijo entre sus piernas, los filamentos del cepillo se dirigen en una inclinación de 45° y se realizan movimientos horizontales unas 15 veces por sextante, el cepillo debe ser de filamentos muy suaves.
2. Fones: es la técnica recomendada en niños pequeños, se ubican las cerdas del cepillo a 90° de los dientes se ejecutan movimientos circulares en encías y dientes, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior con ella se consigue la remoción de la placa y se masajean las encías.^{65, 66}

La acción mecánica del cepillado elimina partículas de alimento que pueden albergar e incubar bacterias, estimula la circulación de las encías lo que las mantiene firmes y sanas.³³

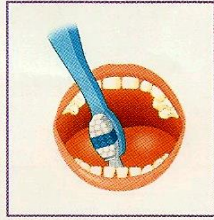




1. Empieza limpiando las superficies de las muelas haciendo un movimiento de atrás hacia delante.



2. Para la superficie exterior de los dientes, coloca el cepillo de dientes en un ángulo de 45 grados en dirección con la línea de las encías.



3. Haz movimientos suaves y breves, moviendo el cepillo de atrás hacia delante.

4. Para limpiar las superficies frontales interiores, mantén el cepillo hacia arriba y haz movimientos suaves de arriba abajo con la punta del cepillo.

5. No olvides cepillar la línea de las encías y asegúrate de haber alcanzado hasta los últimos dientes del fondo.

Cepillado de la lengua

El cepillo habitual de la lengua reduce y elimina los microorganismos de la lengua que forman la placa que se acumula con mayor facilidad en este sitio especialmente los estreptococos mutans, es necesario una técnica mecánica para la limpieza de la lengua.

1. Colocar las cerdas o la parte posterior de goma del cepillo dental en el dorso de la lengua.
2. Con una ligera presión, lleve el cepillo hacia adelante con ligeros movimientos.
3. Repita las veces que sean necesarias.⁶⁵

IV. Enseñar a la mamá las medidas de prevención de caries dental.

independiente

Acciones:

- a) Explicar al cuidador primario las medidas para evitar la caries dental como son:
 - Cepillarse los dientes después de las comidas.
 - Asegurar la ingestión adecuada de nutrientes sobre todo de calcio, fósforo, vit A, C, D y flúor.

La educación basada en el control de los factores de riesgo debe ofrecerse no solo a los padres y familiares sino que también debe estar presente en todos los ambientes que rodean al niño. Entre los factores de riesgo que intervienen en la aparición de caries en la infancia se encuentran: insuficiente higiene oral, biberón constante y/o nocturna

<ul style="list-style-type: none"> • Evitar alimentos y bebidas dulces. • Comer alimentos ricos en fibra y residuos (alimentos limpiadores) como la fruta fresca y las verduras crudas. • Se recomienda una visita de tipo inspección cuando el niño tiene unos 18 meses de edad para aportarle una primera introducción agradable en la exploración dental. • Visita dental inicial a los 2 o 3 años de edad, en cuanto hayan salido los primeros 20 dientes. <p>V. Retroalimentación de la información (independiente)</p> <p style="text-align: center;">Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fomentar y solicitar la participación del cuidador primario a realizar la técnica del cepillado dental a su hija. b) Supervisar la técnica del cepillado dental. c) Aclarar las dudas reforzando la información no comprendida. 	<p>consumo frecuente de carbohidratos fermentables, presencia de placa bacteriana visible, niveles elevados de estreptococos mutans, un flujo salival reducido, pocos conocimientos sobre salud oral.⁶⁵</p> <p>Al orientar a las familias, se deben aclarar sus dudas e inquietudes de manera que ellas tengan la confianza de aplicar buenas prácticas sobre la limpieza dentaria, el uso de la pasta dental, cómo debe usarse el cepillo, cuantas veces al día es necesario cepillarse entre otros.³³</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Se detectó al realizar la valoración de ésta necesidad que el cuidador primario (mamá) no realiza aseo bucal a su hija, carecía de conocimientos sobre la técnica de cepillado dental y las medidas para prevenir la caries dental. Al cuidador primario se le brindó la información necesaria retroalimentando y aclarando sus dudas mostrándose con interés, la lactante se mostró cooperadora al procedimiento, se pudo contar con pasta dentífrica y cepillo dental. El grado de dependencia se mantiene en un grado 4, no ha sido posible evaluar nuevamente a la lactante debido a su egreso hospitalario.</p>	

<p>Necesidad: Descanso y sueño Nivel y Grado: Nivel 3 Dependencia transitoria Tipo de prioridad: Alta Fuente de dificultad: Falta de conocimientos</p>
<p>Dx de Enfermería: Patrón del sueño alterado relacionado con múltiples factores del entorno (ruido, entorno no familiar y diversos procedimientos)</p>

manifestado por inquietud, irritabilidad, ojos rojos y periodos cortos de sueño.

Objetivo: El lactante logrará recuperar su patrón habitual del sueño mediante intervenciones de enfermería específicas que le permitan tener un sueño reparador durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>I. Valorar la necesidad de descanso y sueño. Independiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones:</p> <p>a) Realizar historia clínica al cuidador primario para ésta necesidad con entrevista estructurada:</p> <ul style="list-style-type: none">• Horas que duerme durante el día.• Siestas durante la tarde.• Rituales para dormir.• Despierta durante la noche.• Pesadillas al dormir.• Con quien duerme.• Tiene algún juguete o prenda para dormir.• Problemas para conciliar el sueño.• Tipo de ropa para dormir. <p>b)) Realizar Exploración física focalizada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Valorar signos y síntomas como: irritabilidad, apatía, bostezos frecuentes, ojos rojos, presencia de ojeras.	<p>El profesional de Enfermería planifica las intervenciones específicas para alcanzar el objetivo basada en la etiología de cada diagnóstico de enfermería, estas intervenciones incluyen reducir las distracciones del entorno, promover rituales a la hora de acostarse, proporcionar las medidas de confort, programar los cuidados necesarios para conseguir periodos de sueño sin interrupciones y enseñar técnicas de relajación.³³</p>
<p>II. Crear un entorno tranquilo durante la estancia hospitalaria del lactante. Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Reducir o eliminar la luz sobre la cabecera, se puede proporcionar una luz nocturna al lado de la cama o en el buró.</p> <p>b) Usar por la noche una linterna al verificar soluciones o catéteres.</p> <p>c) Cerrar la puerta de la habitación.</p> <p>d) Cumplir con el horario establecido del apagado del televisor.</p> <p>e) El personal debe conversar con un tono de voz baja.</p>	<p>Todas las personas necesitan un entorno para dormir en el que el ruido sea mínimo, la temperatura ambiente sea confortable y la ventilación y la luz sean las apropiadas.</p>

<p>f) Realizar procedimientos cuando el lactante se encuentre despierto.</p> <p>g) Programar los medicamentos que se administraran por la noche de manera que no se despierte al lactante.</p> <p>III. Aplicar medidas de confort favorecedoras del sueño.</p> <p>Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Proporcionar baño al lactante si su estado de salud lo permite.</p> <p>b) Ayudar en las medidas higiénicas como lavado de manos, cepillado de dientes.</p> <p>c) Proporcionar ropa cómoda para dormir.</p> <p>d) Permitir que el cuidador primario cubra con su manta de “ositos” al lactante.</p> <p>e) Mantener sábanas limpias y secas en la cuna.</p> <p>IV. Implementar una terapia de masaje relajante antes de dormir.</p> <p>a) Enseñar al cuidador primario la técnica de masaje relajante con una duración de 10 a 15 minutos.</p> <p>Procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un ambiente agradable para el niño que sea cálido, no haya luz intensa ni directa, no elegir un ambiente sobrecargado de estímulos. 2. Desnudar lentamente al lactante si es posible, si no ir desnudándolo por partes. 3. Untarse las manos con aceite neutro o con crema libre de alcohol y perfumes. 4. Pedirle permiso al lactante con una actitud y voz suave, amorosa. 5. Observar y esperar la respuesta, aceptar la respuesta si fuera negativa. <p>Piernas y pies</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vaciado hindú, ir desde cadera a tobillo/pie. Con las dos manos una detrás de la otra: una por la parte interna y la otra por la externa. 2. Torsión de la cadera al tobillo/pie. Las dos manos, una tras la otra se abren y se cierran alternamente como retorciendo y a la vez comprimiendo ligeramente mientras se desliza desde cadera a tobillo. 3. Planta del pie. Deslizamiento por la planta del pie desde talón a base de los dedos con los pulgares. 4. Comprimir cada dedito. 	<p>Las medidas de confort son esenciales para ayudar al paciente a dormirse y a mantenerse dormido.</p> <p>Los niños tienen que mantener una relación social dentro de su rutina para dormir como contar un cuento en la cama, coger su juguete favorito o sabana favorita.³³</p> <p>La técnica precisa del masaje en el niño consiste en una estimulación táctil que se realiza en todo el cuerpo del niño y que requiere de la repetición de caricias en todas las extremidades y tronco del niño y también en la cara.</p> <p>Un efecto importante que se ha registrado frente a la estimulación táctil es la disminución en forma evidente de las llamadas hormonas del stress como el cortisol y un aumento de las serotoninas.⁶⁸</p>
--	--

5. Presiones en toda la planta del pie con los pulgares haciendo presión.
6. Resbalas por el empeine desde los dedos al tobillo deslizar los pulgares uno detrás del otro presionando.
7. Círculos alrededor de los maléolos con la punta de los dedos pulgares o índices realice pequeños círculos alrededor de las rodillas.
8. Vaciado sueco igual que el primer movimiento pero en sentido contrario desde pie a cadera.

Masaje en el abdomen

1. Manos que reposan, manos posadas sobre el abdomen.
2. Noria. Con ambas manos planas, una tras la otra, deslizarlas de arriba hacia abajo a modo de noria o molino de agua.
3. Deslizar pulgares hacia los lados. Con ambos pulgares en posición plana a ambos lados del ombligo deslizarlos hacia afuera como estirando la piel.
4. "U" invertida. Con puntas de los dedos hacer presión en dirección del intestino grueso.
5. Empujar rodillas sobre el abdomen manteniendo unos 5 segundos.

Masaje en el pecho

1. Manos que reposan. Acariciar el pecho y acariciar el pecho y apoyar las manos avisando al niño que empieza el masaje y observar su reacción.
2. Abrir un libro. Manos juntas en el centro del pecho con toda la palma apoyada se abre hacia los lados como abriendo un libro, luego se juntan, suben y se vuelven a abrir.

Brazos y manos

1. Vaciado Hindú. Con ambas manos mientras una mano se sujeta la muñeca, con la otra ordeñamos el bracito desde el hombro a muñeca y cambiamos de mano y así sucesivamente, hacer presión con el borde interno de nuestra mano.
2. Torsión. Con ambas manos comprimir y retorcer el brazo del niño a la vez que nos deslizamos desde hombro a muñeca.
3. Abrir la mano. Suave masaje desde la palma de la mano a los dedos como abriéndola con nuestros pulgares.
4. Rodamientos en cada dedo. Hacer rodar con nuestros dedos cada dedito del lactante dando un suave pellizco en la punta.
5. Acariciar el dorso de la mano con toda nuestra palma y yema de los dedos.
6. Rodamientos. Con ambas manos desde el hombro a muñeca enrolle el brazo como un movimiento de vaivén.

Cara

1. Abrir un libro sobre la frente. Con los pulgares estire la frente del niño desde el centro hacia los lados.



2. Deslizamiento por los lados de la nariz. Con los pulgares dese el puente del tabique nasal se desliza presionando ligeramente hacia abajo hasta llegar a las mejillas y bordear éstos.
3. Sonrisa. Trazar una sonrisa con los pulgares desde el centro hacia los lados, primero por encima del labio superior y después el labio inferior.
4. Círculos alrededor de la mandíbula. Trazar círculos con la punta de los dedos desde barbilla hacia las orejas.
5. Rodar orejas. Con las puntas de los dedos pasar por encima y detrás de las orejas.

Espalda

1. Barrido. Mantener una mano en las nalgas, la otra mano desde el cuello hasta juntarse con la otra, haciendo presión con el canto de los dedos pulgar e índice.
2. Círculos a ambos lados de la columna. Con las puntas de los dedos pulgar e índice se trazan pequeños círculos como abriendo y cerrando los dedos, a lo largo de toda la espalda subiendo y bajando.
3. Deslizamiento a ambos lados del cuello. Con los dedos, una mano a cada lado del cuello deslizarse hacia los hombros.
4. Peinado, con una mano abierta deslizar los dedos como si fueran un peine a lo largo de la espalda desde cuello a glúteos, cada movimiento será ligeramente más suave que el anterior y terminar con una caricia.⁶⁷



V. Implementar musicoterapia en los periodos de inquietud o irritabilidad.

Independiente

Acciones

- a) Informar al cuidador primario sobre los beneficios de la musicoterapia.
- b) Limitar los estímulos externos como ruido, luz, teléfonos.
- c) Utilizar un volumen bajo durante la terapia.
- d) Evitar dejar la música por un periodo muy largo.
- e) Se recomienda melodías como:
 - Silencio-Beethoven
 - Claro de luna-Beethoven
 - Nocturno-Chopin
 - Sueño de amor-Liszt
 - Adagio-Bach

Los efectos fisiológicos y psicológicos del uso de la música incluyen cambios en la presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, relajación muscular, reducción del dolor, secreción de hormonas incluyendo las endorfinas. La música produce efecto ansiolítico y que al generar placer se reduce la ansiedad.



Evaluación
 El plan de intervenciones fue diseñado para mejorar el entorno hospitalario y de esta manera favorecer el sueño en el lactante, en la valoración se encontró en un grado 4 el cual disminuyó a 3 debido a que por las noches se siguen realizando procedimientos de manera continua que interfieren en su sueño sin embargo logra conciliar de forma rápida el sueño, se enseñó al cuidador primario a realizar el masaje relajante no fue posible implementar la musicoterapia por falta de material.

<p>Necesidad: Aprendizaje Nivel y Grado: Nivel 4 Dependencia ligera Fuente de dificultad: Falta de conocimiento Tipo de prioridad: Alta</p>	
<p>Dx. Enfermería: Dependencia en el aprendizaje del cuidador primario relacionado con falta de conocimientos sobre el cuidado en el hogar manifestado por verbalización de no identificar signos de alarma sobre la patología de su hija así como de medidas generales. Objetivo: El cuidador primario aprenderá el cuidado general que se debe realizar en el hogar mediante técnicas que faciliten su aprendizaje durante las dos siguientes semanas.</p>	
<p>INTERVENCIONES</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>I. Valorar el nivel de conocimientos sobre el cuidado en el hogar Independientes Acciones a) Realizar la entrevista al cuidador primario mediante el instrumento de valoración para ésta necesidad b) Disponer de un ambiente óptimo c) Realizar una entrevista estructurada ¿Sabe cómo será el cuidado de su hija en el hogar? ¿Qué tipo de actividad podrá realizar? ¿Cuáles son los alimentos que puede consumir? ¿Conoce los efectos que pueden provocar los medicamentos que toma?</p>	<p>La enfermera debe planear los cuidados de enfermería de acuerdo con sus conocimientos acerca de los principios del aprendizaje y del paciente como individuo, sus circunstancias, sus necesidades de aprendizaje e influencias ambientales sobre este.³⁶</p>

¿Cuáles son los signos de alarma importantes?

- d) Determinar el nivel de conocimiento del cuidador primario sobre los cuidados en el hogar.

II. Identificar signos y síntomas de alarma por el cuidador primario

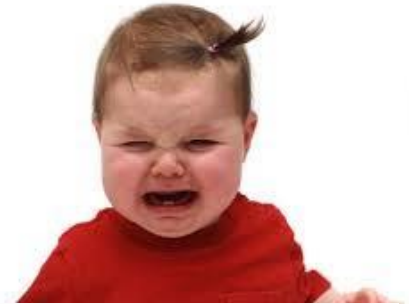
Independiente

Acciones

- a) Enseñar al cuidador primario los signos y síntomas de alarma que pudiera presentar el lactante y que son de gran importancia:
- Crisis hipóxicas
 - Desmayo o síncope
 - Palpitaciones
 - Fiebre
 - Piel pálida
 - Sudoración
 - Orina menor o mayor que de costumbre
 - Respiración agitada
 - Pulso rápido
 - Edema
 - Irritabilidad o decaimiento importante
 - Pérdida de apetito
 - Vómitos o diarrea
 - Datos de infección en la herida quirúrgica.^{69,71}



En la medida que se conocen las causas de una enfermedad y las acciones necesarias para superarla, aumenta la confianza de los individuos. Estos tienen diversas necesidades de aprendizaje. Al sustituir el miedo, la ignorancia y los malentendidos es una meta fundamental en el proceso de ayudar a un individuo a afrontar su enfermedad.





III. Informar al cuidador primario sobre los medicamentos prescritos

Interdependiente

Acciones

- a) Explicar al cuidador primario sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación
- b) Desarrollar un horario de medicación escrito
- c) Dar a conocer la acción y efectos secundarios de cada medicamento.

La comprensión y la aclaración del contenido de la prescripción médica disminuye o evita errores en la aplicación de los medicamentos.³⁷


Medicamento	Acción	Efectos adversos
Captopril	Hipertensión arterial Insuficiencia cardiaca	Trastornos del sueño, alteración del gusto, mareos, vómito, irritación gástrica.
Furosemida	Diurético de asa	Hipotensión, debilidad, inquietud, irritación gástrica.
Espirinolactona	Diurético ahorrador de potasio	hiperkaliemia
ASA	Antiagregante plaquetario	Hemorragia gástrica, nauseas, dolor epigástrico.
Amiodarona	Inotrópico Antiarritmico	Bradicardia. Trastornos de la conducción. ^{38, 39}



IV. Orientar a la madre sobre la dieta prescrita


Interdependiente

Acciones

Al paciente se le debe proporcionar (hasta donde sea posible) una dieta bien balanceada, nutritiva y variada que

<p>a) Dar a conocer la dieta prescrita que consiste en Dieta Normal picada en quintos más fórmula de continuación deslactosada</p> <p>b) Explicar los diferentes grupos de alimentos con el plato del buen comer</p>	<p>sea compatible con los gustos del paciente.</p> <p>Una dieta bien balanceada comprende alimentos del grupo de la carne, de la leche, de las verduras y frutas y del pan y los cereales.</p>
 <p>The image is a colorful circular diagram titled 'El plato del buen comer' (The Good Eating Plate). It is divided into five segments representing food groups: 'VERDURAS' (Vegetables) in green, 'FRUTAS' (Fruits) in red, 'CEREALES' (Grains) in yellow, 'LECHE' (Dairy) in blue, and 'CARNE' (Meat) in brown. Each segment contains illustrations of representative foods. The diagram is flanked by two cartoon children, a boy and a girl, smiling.</p>	<p>Al paciente se le debe explicar la importancia de que ingiera los alimentos y bebidas que están prescritas, así como el daño que le puede causar la ingestión de aquellos que se le prohíben.³⁶</p>
<p>c) Instruir al cuidador primario sobre los alimentos adecuados planificando las comidas.</p> <p>d) Asegurar el requerimiento nutricional adecuado</p> <p>Sugerencias (alimentación en el cardiópata)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El aporte de líquidos totales no debe exceder un máximo de 165 ml/kg/día • El aporte de sodio se debe limitar a 2.2 a 3 mEq/kg/día • Investigar déficit de hierro • El aumento del aporte nutricional a expensas de calorías se debe procurar alcanzar con incremento de la concentración de la fórmula hasta un 16% y posteriormente en forma de carbohidratos y un límite calórico de 165 kcal/kg/día.⁷⁰ 	
<p>V. Proporcionar información sobre la actividad, ejercicio y reposo que debe tener el lactante en su hogar.</p>	<p>La prohibición de realizar ejercicio puede ser innecesaria para la mayoría de los niños con cardiopatía, y con la supervisión y</p>

<p>Interdependiente</p> <p>Acciones</p> <p>a) Explicar al cuidador primario las actividades que son apropiadas en función del estado físico de su hija:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aconseja evitar los esfuerzos bruscos o extenuantes • Permitir periodos de sueño y descanso más frecuentes • Promover el ejercicio recreativo hasta el límite de que sea bien tolerado • Permitir que participe en las actividades diarias de la familia  	<p>autorización de los cardiólogos pediatras y, si es necesario la realización de una prueba de esfuerzo para evaluar su capacidad de ejercicio.⁶⁹</p> <p>Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo, los lactantes generalmente necesitan dormir de 14 a 18 horas diarias.³⁶</p>
<p>b) Describir los signos de alarma de sobrestimar las posibilidades de su hija, tales como fatiga, cianosis, diaforesis.</p> <p>VI. Retroalimentar la información</p> <p>Interdependiente</p> <p>Acciones</p> <p>a) Fomentar la participación del cuidador primario</p> <p>b) Implementación de un tríptico que ilustren la información más importante</p>	<p>La enfermera debe planear e implementar las actividades de enfermería que promueven la solución de los problemas siempre que sea posible, sí no, por lo menos debe tratar de prevenir la interferencia con la solución de estos, no efectuando juicios, ser paciente y no rechazar las</p>

<p>c) Aclarar las dudas reforzando la información no comprendida</p> 	<p>soluciones nuevas que pueden no habersele ocurrido a ella.³⁶</p>
--	--

Evaluación
 Al realizar ésta valoración se detectó que el cuidador primario (mamá) tenía poco conocimiento acerca de la forma en brindar atención en su hogar al egreso de su hija temas como la administración de medicamentos, el tipo de actividad que puede realizar, la dieta y los signos de alarma fueron los identificados.
 Las intervenciones que se realizaron fueron satisfactorias el cuidador primario se le brindo la información necesaria retroalimentando y aclarando sus dudas logrando de ésta manera el objetivo establecido, disminuyendo de un Nivel 4 a un Nivel de 3.al momento de su egreso, sin embargo no ha sido posible confirmar que el cuidado en el hogar sea el adecuado.

<p>Necesidad: Comunicación Nivel y Grado: Riesgo Tipo de prioridad: Media Fuente de dificultad: Voluntad y conocimiento</p>	
<p>Dx de. Enfermería: Riesgo de alteración en la comunicación verbal relacionado con un entorno y personas desconocidas. Objetivo: Favorecer un entorno de confianza al lactante durante su estancia hospitalaria, con intervenciones de enfermería especializadas que favorezcan una comunicación eficaz con apoyo del equipo multidisciplinario.</p>	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <p>I. Valorar la necesidad de comunicación en el lactante Independiente Acciones: a) Realizar historia clínica de la necesidad de comunicación al cuidador primario obteniendo datos relevantes relacionados con factores físicos, sociales, psicológicos que intervengan</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p> <p>Para valorar la comunicación del paciente el personal de Enfermería determina las deficiencias o barreras de la comunicación y el estilo de comunicación, la cultura puede influenciar cuando y como habla un paciente, el lenguaje varía de acuerdo con la edad y el desarrollo. Con los niños el profesional de Enfermería observa los sonidos, los gestos y el vocabulario.³³</p>

en la necesidad de comunicación.

- b) Exploración física de los órganos de los sentidos.
- c) Exploración física de los pares craneales.



II. Identificar barreras que interfieran la comunicación con el lactante.

Independiente

Acciones

- a) Observar si el lactante presenta una actitud negativa.
- b) Evitar iniciar la comunicación y/o el acercamiento con el lactante cuando se encuentre irritable, enojado o con dolor.
- c) Crear un entorno físico que sea cómodo para el lactante,

A la hora de la comunicación es importante ser capaz de detectar las barreras o impedimentos que la dificulten, es el profesional quien debe de identificarlas y manejarlas con el fin de una comunicación eficaz.

Cualquier factor que afecte a la comunicación puede crear sentimientos de frustración, ansiedad y hostilidad en el paciente.


Un ambiente tranquilo con distracciones limitadas facilita los esfuerzos de comunicación del paciente y del personal de enfermería y aumenta la posibilidad de una comunicación eficaz.^{33,72}



III. Utilizar la comunicación no verbal con el lactante.

Interdependiente

La comunicación no verbal es especialmente poderosa para transmitir emociones, transmite verdaderos

<p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Mantener el contacto visual con el lactante mostrándole interés hacia él.</p> <p>b) Mostrar al lactante una expresión facial que demuestre amabilidad y gusto mediante una sonrisa.</p> <p>c) Utilizar el contacto físico hacia el lactante con respeto e iniciando acercándonos poco a poco.</p>	<p>sentimientos aun cuando desean esconderlos.</p> <p>Sirve para definir la relación que se establece entre los interlocutores, y ayuda a confirmar o no los mensajes no verbales, es decir sirve para clarificar o contradecir la comunicación verbal.</p> <p>Los lactantes se comunican por medios no verbales, muchas veces en respuestas a sensaciones corporales, en vez de como un esfuerzo consciente de expresarse.⁷³</p> 
<p>IV. Emplear una comunicación terapéutica hacia el lactante de manera efectiva.</p> <p>Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Preparar un entorno físico cómodo, tranquilo para el lactante.</p> <p>b) Mostrar empatía durante la interacción.</p> <p>c) Tener una escucha activa hacia el lactante.</p> <p>d) Mantener un volumen de voz adecuado, no provocando temor en el lactante.</p> <p>e) Prestar atención al lenguaje del lactante y a su tono de voz.</p>	<p>La comunicación terapéutica favorece la comprensión y puede ayudar a establecer una relación constructiva entre el personal de enfermería y el paciente. El personal de enfermería necesita responder no solo al mensaje verbal del paciente, sino también a los sentimientos expresados.</p> <p>Las percepciones de los lactantes están relacionadas con estímulos sensoriales, por ejemplo, una voz suave tiene efecto calmante, mientras que la tensión y la ira alrededor del niño crean sufrimiento.³³</p>
<p>V. Implementar una terapia de juegos que favorezcan la confianza y acercamiento con el lactante.</p>	<p>El juego un idioma universal permite a los niños usar otros símbolos, no solo palabras para expresarse. El dibujo y la pintura pueden ser usados en niños que aún no hablan</p>

<p>Independiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Propiciar la participación del lactante en una actividad lúdica (libro para colorear, muñeco musical) b) Observar la actitud del lactante hacia la actividad lúdica. c) Participar con el lactante favoreciendo la comunicación efectiva. <p>VI. Favorecer la socialización del lactante durante su estancia hospitalaria</p> <p>Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fomentar las actividades sociales del lactante durante su hospitalización (visitarla, jugar con ella) b) Realizar actividades que aumenten la autoestima del lactante como reconocer sus logros. c) Permitir actividades que favorezcan la independencia en el niño como comer, vestirse, cepillar su cabello. d) Explicar a los padres la importancia de permanecer el mayor tiempo posible con su hija evitándole ansiedad y angustia de no verlos. 	<p>El dibujo de una imagen puede proporcionar otro método para que el niño se comuniquen.³³</p>  <p>En los niños es especialmente importante estimular el desarrollo de la socialización, eso dependerá de cómo se relacionen con los demás. Desde que nace el niño y la niña siempre está en contacto con otras personas, al inicio aunque no haya comunicación verbal, su llanto, su risa, gestos y movimientos manifiestan sus respuestas a los estímulos del grupo social en el que se encuentra.⁷⁴</p> 
<p>Evaluación</p> <p>El plan de intervenciones fue diseñado con la finalidad de mejorar la comunicación con el lactante, el objetivo planteado se cumplió debido a que las estrategias realizadas brindaron confianza al paciente mostrándose más sociable tanto con el personal como con los demás pacientes y familiares, las visitas que se realizaron continuamente en el servicio de hospitalización fueron de gran ayuda familiarizándose el lactante con mi presencia, el cuidador primario realizó las recomendaciones siendo de gran ayuda para el cumplimiento del objetivo.</p>	

<p>Necesidad: Recreación Nivel y Grado: Independencia Tipo de prioridad: Baja Fuente de dificultad: Sin dificultad</p>	
<p>Dx de. Enfermería: Actividades recreativas eficaces manifestadas por realizar juegos acordes a su edad. Objetivo: El cuidador primario reforzará las actividades lúdicas durante su estancia hospitalaria.</p>	
<p>Intervenciones</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>I. Valorar la necesidad de recreación Independiente Acciones a) Realizar la valoración de la necesidad de recreación mediante entrevista estructurada al cuidador primario obteniendo datos de importancia para esta necesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de juguetes que tiene el lactante. • ¿Cómo se distrae el niño dentro del hospital? • ¿Tiene el niño alguna canción en especial? • ¿Considera que el juego es importante para el desarrollo de su hija? • ¿Le canta y le arrulla? • ¿Cuál es su juguete preferido? • ¿Se involucra en el juego de su hija? 	<p>La valoración de ésta necesidad va a depender del carácter de la persona, sus preferencias en lo que se refiere a compañía, ocio, diversión y en cómo el proceso que ésta viviendo afecta a estas preferencias.⁷⁵</p>
<p>II. Determinar las características del juego que puede desarrollar el lactante. Independiente Acciones a) Explicar a la mamá las funciones que tiene el juego en el lactante. Las principales funciones que tiene el juego en la vida infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educativa: estimula el desarrollo intelectual del niño permitiéndole 	<p>El juego es la principal actividad a través de la cual el niño lleva a su vida durante los primeros años de edad, por medio de él, el niño observa e investiga todo lo relacionado con su entorno de una manera libre y espontánea. Los pequeños van relacionando sus conocimientos y experiencias previas con otras nuevas, realizando procesos de</p>

hacer juicios sobre su conocimiento propio al solucionar problemas.

- Física: el niño desarrolla habilidades motrices y aprende a controlar su cuerpo.
- Emocional: el juego resulta un escape aceptable y natural en el niño para expresar emociones que muchas veces con palabras no puede expresar.
- Social: a través del juego el niño se va haciendo consciente de su entorno cultural y de un ambiente que había sido durante sus primeros años ajeno a él.²

b) Sugerir el tipo de juguetes y juegos que puede utilizar el lactante de acuerdo a su etapa de desarrollo:

Cuentos cortos

El árbol mágico

Hace mucho mucho tiempo, un niño paseaba por un prado en cuyo centro encontró un árbol con un cartel que decía. Soy un árbol encantado, ***si dices las palabras mágicas***, lo verás.

El niño trató de acertar el hechizo y probó con abracadabra, pero nada, rendido se tiró suplicante diciendo ¡¡por favor arbolito!! Entonces se abrió una gran puerta en el árbol y un cartel que decía “sigue haciendo magia”, entonces el niño dijo ¡¡Gracias arbolito!! y se encendió dentro del árbol una luz que alumbraba un camino hacia una gran montaña de juguetes y chocolates.

El niño pudo llevar a todos sus amigos al árbol y tener la mejor fiesta y por eso se dice siempre “por favor” y “gracias”, son las palabras mágicas.

aprendizajes individuales, fundamentales para su crecimiento, independientemente del medio ambiente en el que se desarrolle.⁷⁶



Construcciones con bloques

El niño aprende a resolver problemas de manera creativa y con imaginación, son de fácil uso dentro de la unidad hospitalaria, son lavables.



Libros para colorear son una forma de recrear al niño de fácil acceso para los padres.



Juguetes musicales son los preferidos por el lactante estimula la audición y su creatividad son de fácil limpieza y desinfección.



c) Verificar que los juguetes cumplan con las características recomendadas:

- Debe ser sugestivo: estimular a los pequeños tanto intelectual como físicamente, la variedad de tipos y tamaños también inspira el interés y la curiosidad.
- Se seguro: sin características peligrosas atendiendo a su toxicidad, que no tengan puntas, ni muy blando ni muy rígido.
- Apropiado en tamaño, altura y peso.
- Deberá ser durable y firme resistiendo el uso rudo.
- Deberá servir para más de un propósito.

III. Implementar una terapia de juego en el lactante en el área de hospitalización al menos una vez por turno.

Son valiosos con buenos efectos psicológicos que tiene el juego, reduce la angustia del niño, durante los tratamientos médicos

<p>Independiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Programar actividades de esparcimiento en el área de hospitalización.</p> <p>b) Disponer de un ambiente apropiado para la realización del juego.</p> <p>c) Observar su estado de ánimo del lactante.</p> <p>d) Dar un tiempo suficiente para que el juego sea efectivo de al menos 30 minutos por turno.</p> <p>e) Fomentar la participación de los padres a involucrarse en el juego con el lactante.</p>	<p>que recibe, disminuye las situaciones emocionalmente penosas, propicia la normalización de los signos vitales en los niños que juegan antes y después de los tratamientos médicos.⁷⁷</p>
<p>IV. Explicar al cuidador primario la importancia de continuar las actividades recreativas en casa</p> <p>Independiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Mencionar a la mamá que continúe proporcionando juguetes y juegos de acuerdo a su edad y preferencias siempre que sea posible.</p> <p>b) Enseñarle a los padres que pueden programar actividades en familia como paseos y juegos que favorezcan la integración familiar.</p> <p>c) Pedir a la mamá observe con frecuencia el estado de ánimo de su hija en busca de aburrimiento, tristeza etc.</p>	<p>Recrearse es una actividad que es imprescindible incluir en algún momento del día, resulta fundamental divertirse y ocuparse en algo agradable para poder obtener un descanso físico y psicológico y mantener así el equilibrio bio psico social espiritual. Este momento debe existir diariamente.⁷⁵</p>
<p>V. Informar a la mamá sobre las actividades lúdicas que se realizan en el hospital.</p> <p>Interdependiente</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>a) Explicar a los padres las diferentes actividades lúdicas que se realizan dentro del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El ARCA • El Solario • Ludoteca 	<p>En el Hospital Infantil Federico Gómez se cuenta con áreas específicas para el esparcimiento y la recreación de los pacientes, existe personal dedicado exclusivamente a realizar esta actividad diariamente a los niños que de acuerdo a su estado de salud pueden trasladarse a realizar estas actividades.</p>

b) Fomentar la asistencia si no está contraindicado a los diferentes talleres que imparte el hospital.	
<p>Evaluación</p> <p>Al ser evaluada esta necesidad se encontró en un grado de independencia, durante su hospitalización de Emily los padres ofrecieron recreación a su hija tuvieron a su disposición juguetes que son de acuerdo a su etapa de desarrollo como juguetes musicales, libros para colorear y cuentos infantiles cumpliendo con funciones de estimular el área social, emocional, cognitiva, fue posible supervisar al lactante durante algunas sesiones observándola cooperadora e interactuando en el juego, se brindó información acerca de la importancia del juego en casa a su egreso. No fue posible que acudieran a los servicios donde se implementan terapias recreativas.</p>	

<p>Necesidad: Realización Nivel y Grado: Independencia Tipo de prioridad: Baja Fuente de dificultad: Sin dificultad</p>	
<p>Dx de. Enfermería: Procesos familiares efectivos manifestado por el apoyo mutuo entre ambos padres, amor y cuidado a su hija. Objetivo: La familia conservará la independencia en la necesidad de realización por medio de intervenciones que ayuden a reforzar sus procesos familiares.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>I. Valoración de la necesidad de Realización. Independiente Acciones a) Realizar una entrevista estructurada al cuidador primario obteniendo datos de importancia para esta necesidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de miembros de la familia. • APGAR familiar. • Edad y sexo de los miembros de la familia. • Opinión de los padres acerca de salud, 	<p>El objetivo de la valoración de la familia es comprobar el grado de funcionamiento familiar, aclarar los modelos de interacción, identificar sus fortalezas y debilidades y describir el estado de salud de la familia y de sus miembros individuales. También son importantes los modelos de vida familiar, como la comunicación, la crianza infantil, las estrategias de afrontamiento y las prácticas saludables.³³</p>

enfermedad, educación de los hijos.

- De qué forma muestran su afecto, su amor,
- Como afrontan los problemas en la familia.
- Significado de familia.
- Valores que se inculcan en la familia.

b) Observar la interacción entre el lactante y los padres.

II. Brindar apoyo a la familia durante la hospitalización del lactante.

Independiente

Acciones

- a) Utilizar una comunicación terapéutica con los padres del lactante.
- b) Favorecer una relación de confianza con los padres.
- c) Valorar la reacción emocional de la familia frente al proceso de enfermedad de su hija.
- d) Proporcionar recursos espirituales según sus creencias de la familia.
- e) Escuchar las inquietudes y sentimientos de los padres.
- f) Identificar fortalezas y debilidades de la familia.

III. Fomentar la participación de ambos padres en el cuidado del lactante durante su estancia hospitalaria y a su egreso.


- a) Identificar la capacidad y disposición de los padres para implicarse en los cuidados de su hija.



Los cuidados centrados en la familia, es necesario la promoción de una comunicación fluida y de calidad entre el profesional enfermero y la familia como fundamento para establecer una relación terapéutica adecuada, y están basados en el respeto, la información compartida y la colaboración.⁷⁸



Las familias que se comunican eficazmente transmiten los mensajes con claridad, sus miembros son libres para expresar sus sentimientos, sin temor a poner en peligro su lugar en la familia. Los miembros de la familia se apoyan entre si y tienen la capacidad para escuchar, mostrar empatía y ayudarse en tiempos de crisis.

<p>b) Observar la estructura familiar y sus roles.</p> <p>c) Explicar a los padres la importancia de involucrarse en los cuidados y toma de decisiones del lactante.</p> <p>d) Ayudar a los padres a adquirir los conocimientos para el cuidado de su hijo dentro del hospital y a su egreso.</p> <p>e) Facilitar a ambos padres la visita hospitalaria.</p> <p>f) Incluir a ambos padres en el cuidado del lactante</p> <p>IV. Ayudar a los padres a potencializar su rol familiar.</p> <p>Independiente</p> <p>Acciones</p> <p>a) Ayudar a los padres a identificar los roles habituales de la familia.</p> <p>b) Identificar junto con los padres los cambios de roles necesarios debido a la enfermedad de su hija.</p> <p>c) Orientar a los padres de qué manera pueden identificar insuficiencia de roles en la familia.</p>	 <p>A lo largo de la vida las personas pasan por múltiples cambios de un rol. Un rol es un conjunto de expectativas acerca de cómo la persona que ocupa una posición se comporta con respecto a otra que ostenta otra posición. El desempeño del rol hace alusión a lo que hace una persona en un rol específico en relación con los comportamientos que se esperan de ese rol.³³</p>
<p>Evaluación</p> <p>Se detectó en independencia al realizar la valoración de ésta necesidad, el plan de intervenciones se diseñó con la finalidad de fortalecer los procesos familiares, durante la hospitalización y hasta el momento han conservado una relación de amor y unión familiar, se utilizaron los recursos materiales para la implementación del plan de intervención.</p>	

<p>Necesidad: Creencias y valores</p> <p>Nivel y Grado: Independencia</p> <p>Tipo de prioridad: Baja</p> <p>Fuente de dificultad: Sin dificultad</p>

Dx de. Enfermería: Bienestar espiritual del cuidador primario manifestado por su fortalecimiento en su devoción y fe.

Objetivo: El cuidador primario mantendrá su bienestar espiritual con el fortalecimiento de sus prácticas religiosas durante la hospitalización de su hija.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>I. Realizar la valoración de la necesidad de creencias y valores</p> <p>Independientes</p> <p>Acciones</p> <p>a) Realizar entrevista al cuidador primario obteniendo los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Religión que profesa • Cuáles son los valores de importancia para ella. • Cuáles son sus creencias. • Que piensa sobre la enfermedad de su hija. • Que concepto tiene de la muerte. • Cuáles son las prácticas religiosas que le gustaría que respetaran. • Influencia que puede existir entre sus creencias y el tratamiento de la enfermedad de su hija. • Observar gestos y posturas. • Observar si hay signos de angustia, nerviosismo, ansiedad que pudieran estar relacionados. <p>II. La enfermera conocerá datos relevantes de la religión Cristiana</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Cristianismo nace con Jesús como su profeta. • Los seguidores de Jesús en vida se llaman Apóstoles. Se dice que Jesús tenía 12 Apóstoles cercanos. 	<p>Se puede obtener información sobre las creencias y prácticas espirituales de un paciente a partir de su historia general (orientación o preferencias religiosas), de la anamnesis de enfermería y de la observación clínica del comportamiento, verbalización, estado de ánimo y otros aspectos del paciente. En un primer momento el profesional de enfermería debe valorar si el paciente acepta una realidad espiritual, se pueden plantear preguntas sobre aquellas prácticas y creencias que pueden ser importantes en la situación asistencial y lo que le gustaría al paciente que el equipo hiciera para promover su salud espiritual.³³</p> <div data-bbox="943 1073 1268 1297" data-label="Image"> </div> <p>La mayoría de las religiones establecen una serie de restricciones y prohibiciones, las cuales pueden afectar a la persona. La enfermera dentro del desarrollo de su función debe respetar todas las religiones y creencias, y a su vez debe facilitar la asistencia necesaria, para</p>

- Los rituales del Cristianismo se llaman sacramentos. La eucaristía es un sacramento, que incluye tanto el bautizo como la primera comunión.
- La salvación cristiana sólo se consigue con la creencia y ña fe en Dos.
- Se cree en el infierno como un lugar de eterno castigo y no existen puentes entre el cielo y el infierno.
- El término pecado original es originario de la fe cristiana y es para ellos el origen y la causa de la existencia de pecado en el mundo.

III. Brindar apoyo espiritual a los padres del lactante durante su estancia hospitalaria.

- a) Utilizar una comunicación terapéutica estableciendo confianza y empatía con los padres.
- b) Proporcionar un entorno propicio en sus momentos de dificultad.
- c) Mostrar respeto ante sus creencias.
- d) Permitir que los padres expresen todas sus inquietudes, frustraciones y emociones.

ello debe conocer los valores y creencias de la persona.⁷⁹



El apoyo espiritual consiste en una ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias, mientras que facilitar el crecimiento espiritual consiste en facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

La enfermería en los cuidados espirituales tiene una gran labor, ayudar al paciente a identificar los valores y las creencias que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable.⁸⁰



<p>IV. Proporcionar un cuidado espiritual apoyado en sus creencias religiosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Desarrollar una escucha activa en todo momento con los padres del lactante. b) Facilitar la oración y sus rituales religiosos en los momentos que más lo necesiten. c) Permitir el uso de imágenes, escapularios, cruces etc. en la unidad del paciente. d) Brindarles acompañamiento a los padres en sus momentos de desesperanza. 	<p>El cuidado espiritual se convierte en una oportunidad para los profesionales de enfermería, para acompañar, orientar, aliviar la desesperanza, la frustración, brindar seguridad y todo lo que emocional y espiritualmente los pacientes puedan manifestar derivado de su estado de salud.</p> <p>La enfermera debe asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando una atmósfera de afectividad y empatía donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar sus necesidades espirituales.⁸¹</p> <div data-bbox="906 772 1295 1163" data-label="Image"> </div>
<p>Evaluación</p> <p>Durante la estancia hospitalaria de Emily los padres mantuvieron una actitud positiva en base a sus creencias y a su fe en Dios, mostraron confianza expresando sus sentimientos y emociones con respecto a la enfermedad de su hija, aun en momentos críticos del paciente siempre se mostraron positivos.</p> <p>En todo momento se respetó su punto de vista ante su religión.</p>	

7.4 Ejecución y Evaluación

Después de haber realizado la ejecución de las estrategias propuestas en cada plan se procedió a evaluar los resultados de las intervenciones planteadas.

En la necesidad de Oxigenación al inicio de la valoración se encontró en un nivel 6 de dependencia total, después de aplicar las intervenciones especializadas el paciente se mantuvo en el mismo nivel de dependencia.

Al realizar la valoración en la necesidad de Alimentación se detectó en un nivel 5 de dependencia a pesar de aplicar las intervenciones especializadas se mantuvo en el mismo nivel de dependencia hasta su egreso hospitalario.

En la necesidad de Eliminación urinaria se realizó la valoración encontrándose en un nivel 5 de dependencia transitoria, posterior a la aplicación del plan de intervenciones se logró disminuir a un nivel 3 de dependencia.

Se valoró la necesidad de Termorregulación la cual se encontró en un nivel 5, después de ser aplicado el plan de intervenciones se cumplió con el objetivo formulado disminuyendo a un nivel de riesgo.

En la necesidad de Movilización y postura, Vestido y desvestido se detectó en un nivel 4 de dependencia después de aplicar las intervenciones especializadas se logró disminuir el grado de dependencia a un nivel 3 cumpliendo con el objetivo establecido.

Se detectó en la necesidad de higiene un nivel 4 de dependencia, después de aplicar las intervenciones el paciente se mantuvo en el mismo nivel.

En la necesidad de Descanso y sueño se encontraron en un nivel 4 de dependencia transitoria después de realizar las intervenciones se logró disminuir a un nivel 3 cumpliendo con el objetivo formulado.

Al realizar la valoración de la necesidad de Aprendizaje se encontró en un nivel 4 de dependencia, se realizaron las intervenciones planeadas logrando disminuir a un nivel 3 cumpliendo con el objetivo establecido.

VIII. Plan de alta



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



PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: MCE

Edad: 1a 8 1/12meses
08 de octubre de 2017

Sexo: femenino

Fecha de ingreso:

Fecha de egreso: 25 de noviembre de 2017

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

- Administrar los medicamentos prescritos a la hora indicada
- Ofrecer la dieta incluyendo los diferentes tipos de alimentos insistiendo en su consumo
- Asistir a las citas programadas
- Baño diario
- Higiene bucal tres veces al día

2. Orientación dietética:

- Dieta normal picada distribuida en quintos
- Formula de continuación deslactosada
- Evitar alimentos tipo chatarra
- Agregar los diferentes tipos de alimentos como son cereales, leguminosas, frutas productos de origen animal y verduras

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
<u>Captopril</u>	<u>2.5 mg cada 8 horas</u>	<u>8-16-24</u>	<u>Vía Oral</u>
<u>Furocemida</u>	<u>10 mg cada 8 horas</u>	<u>8-16-24</u>	<u>Vía Oral</u>
<u>Espirinolactona</u>	<u>6.25 mg cada 8 horas</u>	<u>8-16-24</u>	<u>Vía Oral</u>
<u>ASA</u>	<u>50 mg cada 24 horas</u>	<u>10</u>	<u>Vía Oral</u>
<u>Amiodarona</u>	<u>50 mg cada 24 horas</u>	<u>12</u>	<u>Vía Oral</u>
<u>Levetiracetam</u>	<u>50 mg cada 24 horas</u>	<u>14</u>	<u>Vía Oral</u>

4. Registro de signos y síntomas de alarma:

(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

Acudir al hospital más cercano a su domicilio en caso de que el lactante presente:

- Respiración agitada
- Pulso rápido
- Edema en cara manos o pies
- Vómitos o diarrea
- Irritabilidad o decaimiento importante
- Orina menor o mayor que de costumbre
- Fiebre
- Desmayos
- Sudoración

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

- Se aconseja evitar los esfuerzos bruscos o extenuantes
- Permitir al lactante periodos de sueño y descanso más frecuentes
- Promover el ejercicio recreativo hasta que su hija lo tolere
- Permitir que participe en las actividades diarias de la familia

6. Fecha de su próxima cita:

Se cita para su seguimiento por consulta externa el día 05 de diciembre de 2017

7. Observaciones (se incluirán folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad).

Se incluye tríptico con la información más relevante sobre los cuidados generales en su domicilio como son alimentación, ejercicio, medicamentos y signos de alarma (Anexo 4).

Fecha: 05 de noviembre de 2017

Nombre de la enfermera: L.E. Maria Lizbeth Chalico Pinto

IX. Conclusiones

Con el estudio de caso presentado se hace relevante la utilización de un modelo de Enfermería y de un sustento científico como es el Proceso Atención de Enfermería permitiendo mejorar los cuidados al paciente de una manera sistemática y organizada.

Fué posible la búsqueda de evidencias científicas en diversos buscadores utilizando el PAE con el modelo de Virginia Henderson.

Se logró la obtención de la información mediante diversas fuentes secundarias mencionando la importancia del cuidador primario para el logro de este objetivo.

La metodología utilizada para la elaboración del estudio de caso fue útil recabando los datos objetivos y subjetivos.

Los diagnósticos de Enfermería se lograron formular detectando necesidades de independencia y dependencia y con ello la planeación de los cuidados especializados.

Se elaboraron planes de intervenciones especializadas ejecutándolos y evaluando la información logrando el mayor bienestar de la persona.

Fué posible la implementación del plan de alta al egreso del paciente asegurando los cuidados en su hogar.

Es importante mencionar la disposición de los recursos humanos y materiales para la implementación de este trabajo.

X. Sugerencias

Sugiero que el estudio de caso sea iniciado desde el principio de la especialidad debido a que el tiempo destinado para el mismo es insuficiente.

Continuar realizando valoraciones focalizadas durante la práctica en presencia de los tutores clínicos para retroalimentar los procedimientos.

Considero de gran importancia promover la aplicación de un modelo teórico al Proceso Atención de Enfermería con la finalidad de seguir dando sustento que cuente con una base sólida de conocimiento mejorando el cuidado de nuestros pacientes.

XI. Bibliografía

1. Martínez C., Romero G. Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 2017 Oct 19] ; 12(3): 160-170. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300160&lng=es.
2. Ignorosa-Nava C. A., González-Juárez L. Cuidados paliativos para una muerte digna: Estudio de un caso. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Oct 15] ; 11(3): 110-116. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000300006&lng=es.
3. Roa-Tostado G. Proceso de cuidados de Enfermería en neonato con Epidermólisis (piel de mariposa) fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. *Rev Médica* 2016; 01 (30) [revista en la Internet]. Consultado en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-neonato-epidermolisis/>
4. Meza-Portillo CA, Olvera-Arreola SS, Cadena-Estrada JC. Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. *Rev Mex Enf Cardiol* 2013; 21 (2): Páginas: 63-70 Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=46397>
5. Hernández TAM. Plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón. *Rev Mex Enf Cardiol* 2015; 23 (1) Páginas: 22-27 [revista en la Internet]. Consultado en <https://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=62013> Fecha de acceso 26 octubre de 2017

6. Castellan-Perez A., Nash-Campos N., Méndez-Jiménez L., Pérez-Esparza Y., Cano-Araiza N., Corona-Buenavista R. Proceso de cuidados de enfermería en preescolar con Guillain Barré fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. Revista Médica [revista en la Internet]. Consultado en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-guillain-barre-henderson/> Fecha de acceso 26 octubre de 2017
7. Carrillo-Medina Elizabeth, Sierra Pacheco Magdalena Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [revista en la Internet]. 2013;21 [citado 2017 Oct 21] ; (3): 111-117. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2013/en133d.pdf>
8. Dahrbacon-Solis Nephtali, Peña-Silva Beatriz, Melo-Severino Andrea. Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 Jul [citado 2017 Oct 21] ; 1(1): 75-84. Disponible en: http://benessere.uv.cl/images/revista/revista_n1/8_estudio_de_caso.pdf
9. Martín-Pallás C, Villuendas-Bazán L, Andrés-Balsa I. Estenosis aórtica congénita y endocarditis bacteriana. Rev Médica 2017; 04 (1) [revista en la Internet]. Consultado en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estenosis-aortica-congenita-endocarditis-bacteriana/> Fecha de acceso 26 octubre de 2017
10. Gaona Vázquez Yazmín Alejandra, Cruz Jiménez Maricela. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Oct 21] ; 9(2): 37-45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000200005&lng=es.

11. Meraz M., Espinosa V. Alteración de la seguridad y protección en un adolescente masculino. *Desarrollo Cientif Enferm.* [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Oct 15]; 20(5): 169-173. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-169.pdf>
12. Alvarado-Pacheco P., Cruz-Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2017 Oct 15] ; 10(3): 105-111. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300006&lng=es.
13. Phaneuf, M. *La planificación de los cuidados enfermeros*. México: McGraw-Hill; 1999.
14. Delgado, M. y Hernández, C.M. (2007, enero-abril). Fundamentos filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson, [en línea]. Ciudad de México, México: ENEO-UNAM. Recuperado el 27 de agosto de 2017, de www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30303/28148
15. Marriner-Tomey A y Raile-Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier; séptima edición, 2011.
16. Fernández, C. y Novel, G. *El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos*. España: Masson, 1999.
17. Phaneuf, M. *El proceso de atención de enfermería. Cuidados de enfermería*. España: McGraw-Hill; primera edición, 1993.
18. Riopel L, Grondin L, Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. España: McGraw-Hill; primera reimpresión 1997.
19. Del Pino Casado R, Del Pino Casado B, Casado Lollano A. El proceso de atención de enfermería. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. *Enfermería en Atención Primaria*. Vol. I. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006. p. 121-145. Consultado en

http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?q=PAE&search_word=&search_type=2&id_pub_grp=3&id_pub_cont=14&task=showContent_v22&id_articulo=4443

20. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. España: Elsevier; quinta edición, 2003.
21. Griffith, J. y Christensen P. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El manual moderno, 1993.
22. Johnson M., Bulechek G., McCloskey-Dochterman J. y Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. España: Elsevier; edición española, 2002.
23. Pérez-González A., Suárez-Merino, Barco-Díaz V. Principios éticos en el arte del cuidado. Educare [revista en la Internet]. 2004 julio [citado 2017 Oct 22] ; Disponible en: http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?key=bTVoYldVOVZVNUJUVEVtY0dGemMzZHZjbVE5VIU1QIRURW1abVZqYUdFOU1qQXhOekV3TWpNd01qRTNkWE5sYw%3D%3D&option=com_encuentra&task=showContent&q=principios%20eticos&id_pub_cont=4&id_articulo=10022#top
24. Secretaria de Salud. Código de conducta para la enfermería. [en línea]. sf [citado 2017 Oct 22] ; Disponible en: <http://www.aguascalientes.gob.mx/coesamed/pdf/enfermeria.pdf>
25. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [en línea] consultado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/008ssa23.html>
26. Cruz M. Tratado de pediatría (2 VOLS) (10ª ED.) 845-871. España. 2011.

27. Ruiz González MD. Seguimiento de la salud infantil. En: Ruiz González MD, Martínez Barellas MR, González Carrión P. Enfermería del Niño y Adolescente. Vol. I. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 216-243.
28. Ruiz González MD. Características del crecimiento y el desarrollo. En: Ruiz González MD, Martínez Barellas MR, González Carrión P. Enfermería del Niño y Adolescente. Vol. I. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 198-213.
29. Quesada-Quesada T., Navarro-Ruiz M. Cardiopatías congénitas hasta la etapa neonatal. Aspectos clínicos y epidemiológicos Congenital heart disease until the neonatal stage. Clinical and epidemiological aspects. Acta Médica del Centro / Vol. 8 No. 3 2014 ARTÍCULO DE REVISIÓN
30. Riera-Kinkel C, Santamaría-Díaz H. y Gómez-Gómez M. Cardiopatías congénitas. PAC® Pediatría-8, p 4 [en línea] consultado de https://www.medikatalogo.com.mx/tienda/descargables/PACPediatria-8_muestra.pdf
31. Flórez-Cabeza M. Cardiopatías congénitas en niños. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS, CAPÍTULO XV p 1329 [en línea] consultado en <http://www.bdigital.unal.edu.co/43639/37/cardiologia%20Dr%20Diaz.pdf>
32. Vargas-Barrón J. Tratado de cardiología. Sociedad Mexicana de Cardiología. Edición de Intersistemas. México 2006, p 546.
33. Kosier, Erb. Fundamentos de Enfermería. Edit. Pearson. 9º Edición. Madrid, 2013.
34. Cruz Ortega H, Calderón Montera F. El corazón y sus ruidos cardíacos normales y agregados – SciELO. 2016 [citado 2018 marzo 01] Disponible en: www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n2/2448-4865-facmed-59-02-49.pdf
35. Báez-Saldaña Renata, Monraz-Pérez Sergio, Fortoul-Van der Goes Teresa, Castillo-González Patricia, Rumbo-Nava Uriel, García-Torrentera Rogelio et al. Exploración física toracopulmonar. Proyecto tutorial-interactivo. Neumol. cir. torax [revista en la Internet]. 2016 Sep [citado 2018 Mar 03] ; 75(3): 237-252. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462016000300237&lng=es

36. Normart M, Rohweder A. (2003). Bases Científicas de la Enfermería. Edit. Manual moderno. México, D.F.
37. Rosales-Barrera, S. Reyes-Gómez, E. (1991). Fundamentos de Enfermería. Edit. Manual moderno. México, D.F.
38. Muñoz-Bonet J., Roselló-Millet P. Protocolo fármacos vasoactivos: Dosis, indicaciones y efectos adversos. H. Clínico Universitario. Servicio de Pediatría. Sección de CI y Urgencias Pediátricas 2013
39. PLM, 2004:1765
40. Hospital Universitario Reyna Sofía. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. [en línea] [PDF]C-3 BALANCE DEL EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS https://www.juntadeandalucia.es/.../hrs3/.../user.../c3_balance_equili_líquidos.pdf
41. Olmedo, I. Técnica de aspiración de secreciones. Revista de Enfermería [en línea] <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/T%C3%A9cnica%20de%20aspiraci%C3%B3n%20de%20secreciones%20por%20tubo%20endotraqueal.pdf>
42. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. [en línea] 4 PDF]D-4 TERAPIA RESPIRATORIA https://www.juntadeandalucia.es/.../hrs3/fileadmin/.../d4_terapia_respiratoria.pdf
43. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DE LA VÍA AÉREA. [en línea] www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader...blobkey
44. Gutiérrez Muñoz Fernando. Ventilación mecánica. Acta méd. peruana [Internet]. 2011 Abr [citado 2018 Abr 16]; 28(2): 87-104. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006&lng=es
45. Secretaria de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. [en línea] http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMS_S_624_13_NEUM_VENTIL_MECANICA/624GER.pdf
46. Laboratorio Pisa. Manual para Nutrición Enteral. [en línea] www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_3_1.htm
47. Hospital Universitario Reyna Sofía. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. [en línea] 3[PDF]c-1 alimentación por sonda nasogástrica y ... - Junta de Andalucía https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/.../c1_alimentacion_sonda_na
48. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL CÓDIGO: PD-GEN-18 Versión:4

Entrada en vigor:25-11-2014 Página 1 de 7 Documentación de Enfermería ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL [en línea]

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DAdministraci%C3%B3n+de+la+Nutrici%C3%B3n+parenteral.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862881169&ssbinary=true>

49. Moreno-Villares, M, Gutiérrez-Junquera, C. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. Nutrición Parenteral. [en línea] [PDF]ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL
www.madrid.org/cs/Satellite?...Nutrición+parenteral
50. CENETEC. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC. Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de Alto Riesgo en el Adulto. [en línea] <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-712-14/ER.pdf>
51. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. ISSN 2531-2464. Vancomicina. Disponible en: <http://pediamécum.es/Vancomicina/> Consultado el 17/04/2018
52. Equipo de redacción de IQB (Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica -ANMAT - Argentina). Monografía revisada el 10 de febrero 2014. MEROPENEM EN VADEMÉCUM - iqb [en línea] www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/m020.htm
53. Diario Oficial de la Federación. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-022-SSA3-2012, QUE INSTITUYE LAS CONDICIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA TERAPIA DE INFUSIÓN EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye ... - DOF [en línea] http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012
54. León C, Rivero G, López M, Rodríguez I. Uso irracional de las pruebas de laboratorio clínico por parte de los médicos de asistencia. Medisan {serie en internet}. 2015 {citado febrero 2018}; 19(11):1300.
55. Hospital Universitario Reyna Sofía. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. [en línea] [PDF]E-1 MEDICIÓN DE DIURESIS https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/.../e1_medicion_diuresis.pdf
56. Cerón M, Ruiz-González L, García-Segura F, Valle-Cervantes G, Elizondo-Villarreal J, Urbina-Medina H. Revista Mexicana de Pediatría. Fiebre en pediatría. Rev Mex Pediatr 2010; 77(Supl. 1); S3-S8

- [PDF]Fiebre en pediatría - Medigraphic
www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf
57. Cabrera Montesinos Rafael, Castro Arias Mercedes, Tápanes Morejón Jorge Luis, Durán Arrieta Guillermina. Método físico para la regulación de la temperatura corporal. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 1997 Dic [citado 2018 Abr 22]; 13(2): 80-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191997000200004&lng=es
 58. Equipo de redacción de IQB (Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica -ANMAT - Argentina). Monografía revisada el 26 de octubre 2014. PARACETAMOL EN VADEMÉCUM - iqb [en línea] PARACETAMOL EN VADEMECUM - iqb www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/m020.htm
 59. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. [en línea] [PDF]F-2 MANEJO DE LA FIEBRE https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/.../f2_manejo_fiebre.pdf
 60. Cleaves F. PROGRAMA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUADA LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS EN LA PRACTICA MÉDICA. [en línea] [PDF]Terapia Líquida en Pediatría www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-2-1975-8.pdf
 61. VALORACIÓN MOTORA Para la valoración de la Función motora, (10 ... [en línea] consultado de <https://artefacil13.files.wordpress.com/2016/06/valoracic3b3n-motora-y-sensitiva.pdf>
 62. Semino-García L. Ejercicio terapéutico. Generalidades - Medicina de Rehabilitación. Hospital “Julio Díaz”, La Habana, Cuba. [en línea] www.sld.cu/sitios/rehabilitacion/temas.php?idv=1029
 63. National Center for Complementary and Alternative Medicine, NIH, Information Clearinghouse. Terapias No Farmacológicas Para El Manejo Del Dolor En Niños. Consultado en [https://www.drugs.com > CareNotes](https://www.drugs.com/CareNotes)
 64. Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Aplicación local de calor y frío - Enfermería Cuidados Criticos ... Consultado en línea de <http://ajibarra.org/aplicacion-local-de-calor-y-frio>
 65. García-Román, V. Facultad de Odontología. Presencia de lengua saburral después de una profilaxis dental en pacientes de la clínica de la Universidad de las Américas. 2017. [PDF]facultad de odontología presencia de lengua saburral después de una ... dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7211/1/UDLA-TOD-2017-62.pdf
 66. Palma, C. Sociedad Española de Odontopediatría. Orientaciones para la salud bucal en los primeros años de vida. Consultado en línea www.odontologiapediatrica.com/img/SEOP__Camila_Palma.pdf


67. González-García, M. Medicina Naturista [en línea] [PDF]08-Masaje infantil 12 – Dialnet
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2328582.pdf>
68. Márquez Doren Francisca, Poupin Bertoni Lauren, Lucchini Raies Camila. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. Index Enferm [Internet]. 2007 Nov [citado 2018 Mar 31]; 16(57): 42-46. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200009&lng=es
69. Santos de Soto J. Manual para Padres de Niños con Cardiopatía Congénita. Edit. Ibáñez y Plaza. España. (2006).
70. Solar-Boga A, García-Alonso L. Alimentación en el cardiópata. Consultado en línea en
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nutricion_cardiopata.pdf
71. Herranz Jordán B. Control de los niños con cardiopatía congénita en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 Dic [citado 2018 Feb 11]; 11(44): 639-655. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000500011&lng=es
72. Martínez-Férez I; Isabel-Gómez R, Molina-Linde M, Molina-López T. Estrategias de comunicación con niños y adolescentes en el ámbito hospitalario o de atención primaria. Sevilla, septiembre de 2014. Consultado en línea de
https://www.researchgate.net/profile/Rebeca_Isabel_Gomez/publication/315654211_Estrategias_de_comunicacion_con_ninos_y_adolescentes_en_el_ambito_hospitalario_o_de_atencion_primaria/links/58d815aca6fdcc1baeb8eae7/Estrategias-de-comunicacion-con-ninos-y-adolescentes-en-el-ambito-hospitalario-o-de-atencion-primaria.pdf
73. Van-der Hofstadt-Román C, Quiles-Marcos Y, Quiles-Sebastián M. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Edita Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad © de la presente edición, 1ª edición, 2006
74. La socialización de los niños y niñas desde su nacimiento hasta los seis años. Consultado en línea de [PDF]La socialización de los niños y niñas desde su nacimiento hasta ... - OEI
www.oei.es/historico/inicialbbva/db/contenido/documentos/socializacion_ninos.pdf
75. Acevedo Peña M, García Zaferino E. Cuidados de enfermería para la satisfacción de la necesidad de actividades recreativas. México: FES Iztacala.
76. Gálvez Sosa I; Rodríguez Ledezma N. La importancia del juego. México: Universidad de las Américas Puebla. 2005
77. Hernández-Arenas, María Guadalupe. (2014). La función del juego en el ambiente hospitalario. *Acta pediátrica de México*, 35(2), 93-95.

Recuperado en 13 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000200001&lng=es&tlng=es

78. Herrero-Fernández N. Hospitalización infantil: el niño y su familia - Universidad de Cantabria. Consultado en línea 16 abril 2018 de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/.../%20HerreroFernandezN.pdf?...1>
79. Acevedo Peña M, García Zaferino E. Cuidados de enfermería para la satisfacción de la necesidad de creencias y valores. México: FES Iztacala.
80. Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index Enferm* [Internet]. 2014 Sep [citado 2018 Mayo 09] ; 23(3): 153-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>
81. Morales-Ramón F, Ojeda-Vargas G. El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería Salud en Tabasco, vol. 20, núm. 3, septiembre-diciembre, 2014, pp. 94-97 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México

XII. ANEXOS

ANEXO 1


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

UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo Made Jesús Castillo, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Molina Castillo Emily participe en el estudio de caso Dependencia en la Oxigenación en un paciente, cuyo objetivo principal es: aplicar el PAF y el Modelo de Virginia Henderson

_____ y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Valoración, elaboración Diagnóstico de Enfermería, realizar intervenciones específicas y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

Es de mi consentimiento que será libre de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: Maria Lizabeth Chalico Pinto
[Firma]
Firma

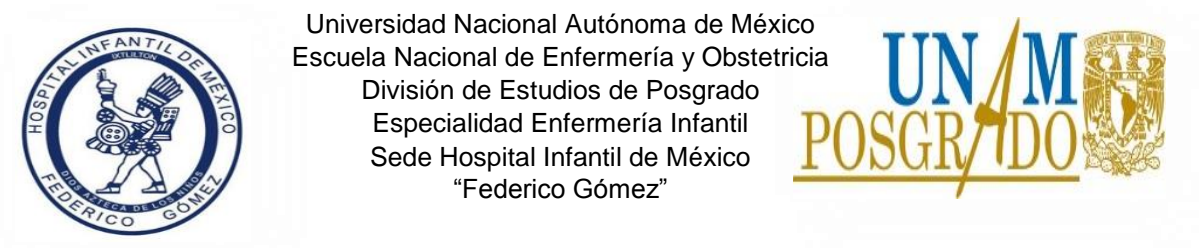
Nombre del padre o Tutor: Maria de Jesús Castillo Corona
Maria de Jesús C.C.
Firma

Testigos

Nombre: _____ Nombre: _____
Firma: _____ Firma: _____
Domicilio: _____ Domicilio: _____

México, D.F. a 10 de Octubre 2017.

ANEXO 2



Nombre del alumno: _____ Fecha: _____

Servicio: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Registro: _____

Valoración Focalizada de la necesidad de:

I. Datos subjetivos:

II. Datos Objetivos:

Peso: _____ Talla: _____ FC: _____ FR: _____ T/A: _____ Temp. _____

Otros:

A) Observación general (habitus externo)

B) Exploración física

III. Tipo de relación de enfermería:

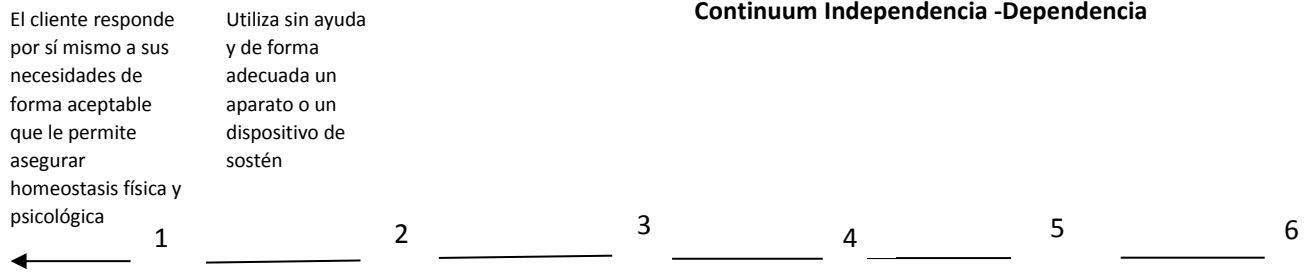
a) Acompañamiento

b) Suplencia

c) Ayuda

IV. Fuentes de la dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad)

V. Diagnóstico de Enfermería



El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica

Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén

Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar s lo hace bien, debe ser asistido, aunque sea ligeramente

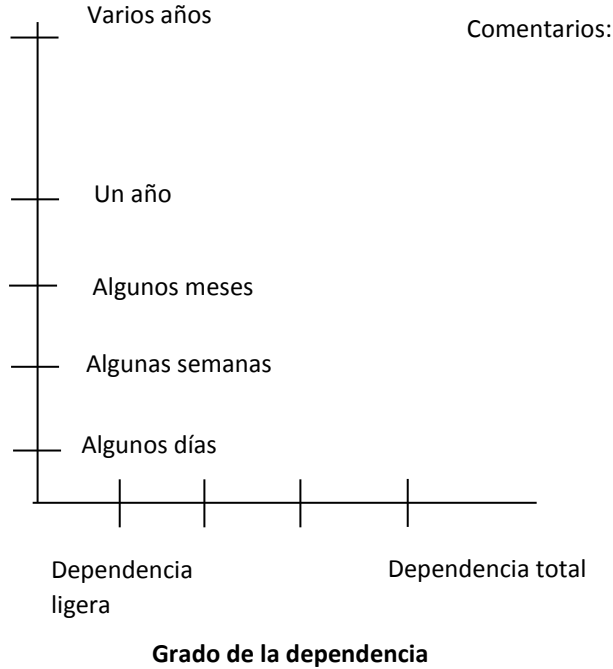
Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis

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

Dependencia permanente o Crónica

Grado de la dependencia



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

ANEXO 3

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

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____
Servicio _____

I D A T O S D E M O G R Á F I C O S	<p>Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____</p> <p>Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____</p> <p>Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____</p> <p>Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____</p> <p>Religión: _____ La información es proporcionada por: _____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Procedencia: _____ Telefono: _____</p> <p>Diagnóstico médico: _____</p> <p>Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____</p>
II	<p>Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos:</p> <p>_____</p> <p>Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____</p> <p>_____ Servicios intradomiciliarios: _____</p> <p>_____</p>

F Disposición de excretas: _____

A Descripción de la vivienda: _____

M _____

I _____

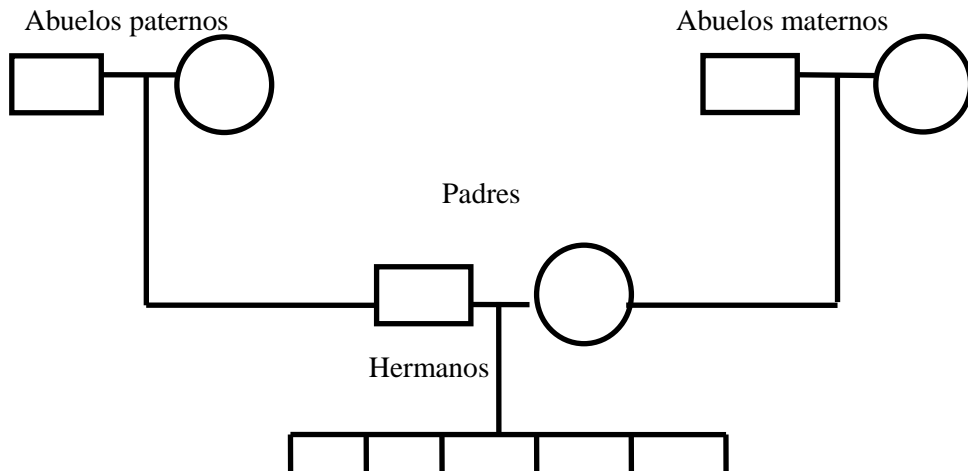
L Ingresos económicos de la familia: _____

I _____

A Medios de transporte de la localidad: _____

Mapa Familiar.

Mapa familiar




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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva.	Enfermedades

Símbolos

Hombre Mujer Paciente problemas

Fallecimiento  Relaciones fuertes

 Relaciones débiles  Relaciones con estrés

III
O
R
I
E
N
T
A
C
I
Ó
N

Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?
 Horario de visita: Sí: ____ No: ____ Salas de espera: Sí: ____ No: ____ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí: ____ No: ____ Permanencia en el servicio: Sí: ____ No: ____
 Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ____ No: ____ Horario de cafetería: Si: ____
 No: ____ servicio religioso: Sí: ____ No: ____ Restricciones en la visita: _____

IV
A
N
T
E
C
E
D
E
N
T
E
S

Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____
 Lloró al nacer: ____ Respiró al nacer: ____ Se realizaron maniobras de resucitación: _____
 Motivo de la consulta/hospitalización: _____

 ¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____
 ¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico; Sí: ____ No: ____
 Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____

I N D I V I D U A L E S	<p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p> <hr/> <p>Vacunación:</p>
1	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____</p> <p>Licuada: _____ Otros: _____</p> <p>¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____</p> <p>Lugar: _____</p> <p>¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____</p> <p>¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____</p> <p>Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____</p> <p>Alimentación especial: _____</p> <p>Cantidad de alimentos: Desayuno Comida Merienda</p> <p style="text-align: center;">_____ _____ _____</p>

1	Cereales	_____	_____	_____
	Frutas	_____	_____	_____
	Vegetales	_____	_____	_____
	Carne	_____	_____	_____
	Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____			
	Hábitos en los alimentos: _____			
	A qué edad le salieron los dientes: _____			
2	Eliminación			
	Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal
				en el baño
				día
				noche
	Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____			
	Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____			
	Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____			
	Olor: Ácida: _____ Fétida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____			
	Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento: _____			
	Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____			
	Otros: _____			
Hábitos: _____				
Descripción de genitales: _____				
Sudoración: _____				
	Oxigenación			
	Sonometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____			
Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____				

3	<p>Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Pulso: _____</p> <p>Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____</p> <p>Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ Disociación toraco abdominal: _____</p> <p>Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____</p> <p>Respiración asistida: _____ controlada: _____</p> <table border="0"> <tr> <td>Secreciones bronquiales:</td> <td>Cantidad</td> <td>Consistencia</td> <td>Color</td> <td>Olor</td> </tr> <tr> <td>Tubo traqueal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cavidad oro nasal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Secreciones bronquiales:	Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____	Cavidad oro nasal	_____	_____	_____	_____
Secreciones bronquiales:	Cantidad	Consistencia	Color	Olor												
Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____												
Cavidad oro nasal	_____	_____	_____	_____												
3	<p>Humidificación y oxigenación: _____</p> <hr/> <p>Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____</p> <p>Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____</p> <p>Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____</p>															
4	<p style="text-align: center;">Reposo-sueño</p> <p>Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____</p> <p>Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____</p> <p>Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____</p> <p>Duerme siesta: _____ En qué horario: _____</p> <p>Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____</p> <p>Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____</p> <p>Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____</p> <p>Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Nauseoso: _____</p>															

	Búsqueda: _____ Moro: _____ Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____ Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____
5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> Condiciones de la ropa de vestir: _____ Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____ Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____ Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____ Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y Postura</p> A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____ Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____ Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____ Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____ Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____ Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____ Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____ Cambios de posición con ayuda: _____

8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____</p> <p>Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____</p> <p>A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____</p> <p>Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____</p> <p>Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____</p> <p>Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____</p> <p>Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____</p> <p>Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>Condiciones higiénicas de la piel: _____</p> <p>Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____</p> <p>Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____</p> <p>Frecuencia del cambio de ropa: _____</p>
10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____</p> <p>Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____</p>

	<p>Los objetos:_____ Animales:_____</p> <p>Las personas:_____ Juega solo:_____</p> <p>Con otros niños:_____ Con adultos:_____</p>
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> <p>¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?:_____</p> <p>_____</p>
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo:_____</p> <p>_____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital:_____</p> <p>_____</p> <p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño:_____</p> <p>_____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio:_____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja:_____ Enfermedad Crónica de un familiar:_____ Otros:_____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> <p>_____</p> <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa:_____ Guardería:_____ O con algún familiar o amigo:_____</p> <p>Si la respuesta es sí diga, ¿cuál? _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Si:_____ No:_____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p>

	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	De qué forma acostumbra a dárselos: _____			
13	Aprendizaje			
	Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____			
	¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____			
	¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____ ¿Cómo reaccionó? _____			
	¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____			
	Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____ _____			
14	Realización			
	¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____ _____ S			
	u hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____			
	Comparte juguetes: _____			
	Hace amistad con otros niños y adultos: _____			
	Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____ _____			

Otros datos: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

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

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual).

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Fecha en la que se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro:
 _____ Servicio: _____ Fecha: _____
 Nombre del _____

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad Interac. c/ Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Grado	Grado	F.F.	F.C	F.V	SÍ	NO	

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Nombre: _____ Servicio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____

Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

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

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente:

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso:

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Registro de signos y síntomas de alarma:

(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

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

6. Fecha de su próxima cita:

7. Observaciones (se incluirán folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad).

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

RECUERDA!!!!

- ✓ Asiste a las consultas programadas para su seguimiento
- ✓ No olvides dar los medicamentos indicados
- ✓ Permite que tenga una actividad de acuerdo a la tolerancia que vaya mostrando
- ✓ Acude al servicio de salud más cercano en caso que presente algún signo o síntoma de alarma
- ✓ Una alimentación adecuada permite que su recuperación sea más pronta



**Dr. Márquez No. 162,
Col. Doctores, Del.
Cuauhtémoc, C.P. 06720,
Ciudad de México.
Tel. 5228 9917**

Elaboró:

**L.E. Ma. Lizbeth Chalico
Pinto**

Asesor:

E.E.I. Maricela Cruz

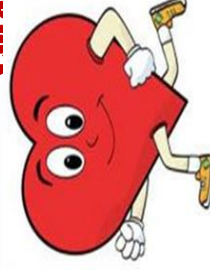
ANEXO 4



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Cirujía
Especialidad Enfermería Infantil
Sede Hospital Infantil de México
"Federico Gómez"
UNAM
POSGRADO

Cuidados en el hogar del paciente sometido a cirugía de corazón

**Un abrazo al
Corazón**





Los cuidados en el hogar en el niño que fue operado del corazón son de gran importancia para su recuperación y así evitar complicaciones.



Identificar a tiempo SIGNOS Y SÍNTOMAS de alarma pueden salvar la vida de tu hijo:

- ❖ FIEBRE
- ❖ DESMAYO
- ❖ SUDORACIÓN
- ❖ RESPIRACIONES AGITADAS
- ❖ IRRITABILIDAD O DECAIMIENTO
- ❖ PIEL PÁLIDA O HINCHADA



En este caso acudir al servicio de urgencias del HIMFG



Los medicamentos indicados por el médico no los debe suspender y darlos siempre con un horario establecido



Incluye en la dieta de tu hija los 5 grupos de alimentos, insiste en su consumo y evita alimentos chatarra



Actividad y ejercicio (Bajo indicación médica)

- ✓ Puede realizar ejercicio hasta donde tu hija lo tolere.
- ✓ Permite que participe en las actividades de la familia.
- ✓ Los periodos de sueño y descanso pueden ser con mayor frecuencia.

