



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

## ESTUDIO DE CASO

“ADOLESCENTE CON DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE  
OXIGENACIÓN POR ESTENOSIS SUBVALVULAR AORTICA”

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA  
INFANTIL

P R E S E N T A:

L.E.O. MORALES SÁNCHEZ BRENDA ALICIA

ASESORADO POR:

E.E.I CRUZ JIMÉNEZ MARICELA

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO, 2018.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **DEDICATORIA**

Primeramente a Dios por permitirme llegar hasta este momento, por darme la fuerza física y mental de cumplir mis sueños, por guiar siempre mi camino, cuidar de mí y sobre todo por ponerme en esta hermosa carrera de la Enfermería pediátrica.

A mis padres; mi padre por confiar en mí, apoyarme en todo momento, por ser un excelente ejemplar y por ser la persona más maravillosa que existe; a mi madre por darme la vida, cuidar de mí, estar siempre conmigo y ser de mis compañías favoritas. Gracias a ambos por amarme tanto como yo los amo a ustedes.

A mis hermanos; mi hermana por ser mi compañera de vida y por brindarme su apoyo incondicional “Juntas por siempre” (es una promesa). A mi hermano porque gracias a que siempre fue mi segundo padre, hoy estoy aquí logrando mis sueños ¡Gracias! ¡Los amare siempre!

A mi novio porque siempre me brinda su apoyo incondicionalmente, por ser de los hombres más maravillosos que existen en el mundo, gracias por amarme tanto, por estar conmigo en cada momento difícil y por ser el amor de mi vida que siempre soñé.

Y a mi gran estrella que me acompaña siempre, mi abuelito que desde el cielo guía mi camino, quien ha sido mi fuerza para salir adelante y quien siempre está conmigo. ¡Gracias porque este gran logro también es dedicado para ti, te extraño!

## **AGRADECIMIENTOS**

A la familia de mí querido paciente quien siempre tuvo la disposición de ayudarme a lograr mi estudio de caso por ese gran lazo afectivo que construimos. Son una familia muy valiente y ejemplar.

A mi coordinadora y tutora, la Mtra. Maricela, gracias por apoyarme, siempre motivarme a llegar hasta el final, porque parte de mi gran desempeño de la especialidad se lo debo a usted por la confianza que se me brindo, es una gran docente y un ejemplar a seguir. ¡Gracias!

Pero sobre todo a mi querido Hospital Infantil de México, que me abrió las puertas para realizar en esta Institución mi servicio social y mi especialidad, por todos mis niños que me marcaron para continuar preparándome para así brindarles siempre un cuidado de calidad y calidez, son un gran motor para continuar por este camino de la Enfermería.

## **Contenido**

I INTRODUCCIÓN.....	4
II OBJETIVOS .....	5
2.1 GENERAL .....	5
2.2 ESPECÍFICOS.....	5
III MARCO REFERENCIAL .....	6
3.1 ARTÍCULOS DE ESTUDIO DE CASO BASADO EN MODELOS DE VIRGINIA HENDERSON Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	6
IV MARCO CONCEPTUAL.....	23
4.1 VIRGINIA HENDERSON .....	23
4.2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	33
4.3 ASPECTOS ÉTICOS .....	47
4.4 GENERALIDADES DE LA ETAPA DE ADOLESCENCIA .....	53
4.5 FACTOR DE DEPENDENCIA (ESTENOSIS AORTICA SUBVALVULAR).....	59
V METODOLOGÍA.....	65
5.1 METODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	65
VI PRESENTACIÓN DEL CASO .....	66
6.1 DESCRIPCION DEL CASO .....	67
VII APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA .....	69
7.1 VALORACIÓN Y JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES AFECTADAS.....	69
7.2 PROCESO DE DIAGNOSTICO .....	88
7.3 PLANEACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS .....	94
7.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	165
VIII PLAN DE ALTA.....	167
IX CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	168
X ANEXOS.....	167
10.1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE 6 A 12 AÑOS. ....	171
10.2 REPORTE DIARIO.....	189
10.3 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. ....	191
10.4 TRÍPTICO DE PLAN DE ALTA .....	192
XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	194

## **I INTRODUCCIÓN**

La Enfermería es una de las ciencias de la salud más holísticas y capaz de involucrar el sentido humano, combinado a las técnicas del cuidado a las personas. A continuación se desarrolla un estudio de caso a un adolescente masculino del servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Secretaria de Salud, el cual conlleva marco referencial mediante una búsqueda exhaustiva de la mejor evidencia científica donde se encontraron 11 artículos que se utilizaron como fundamentación; Así mismo se realizó marco conceptual que abarca la Teoría de Virginia Henderson, Proceso de Atención de Enfermería, Aspectos Éticos y Legales de Enfermería, Generalidades de la Etapa de Adolescencia y el Factor de Dependencia (Estenosis Subvalvular aortica).

Se evidencia la metodología utilizada, los cuales para la recolección de datos se utilizó el instrumento de valoración de 6 a 12 años otorgado por la ENEO – UNAM, para las valoraciones focalizadas de las catorce necesidades se utilizó el formato de reporte diario, los cuales se agregan en anexos. Por consiguiente se realiza la presentación del caso y la valoración y jerarquización de las necesidades afectadas para posteriormente llevar a cabo planes de intervenciones especializadas, la ejecución y evaluación, así mismo realizando un plan de alta para favorecer el cuidado extra hospitalario y con el único fin de contribuir al bienestar del paciente.

## **II OBJETIVOS**

### **2.1 GENERAL**

- ❖ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con base en la valoración general y focalizada de la teoría de Virginia Henderson a un paciente adolescente con dependencia en sus necesidades por cardiopatía congénita, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- ❖ Realizar la búsqueda de la mejor evidencia científica que fundamente el presente estudio de caso.
- ❖ Identificar datos objetivos y subjetivos a través de valoraciones focalizadas.
- ❖ Elaborar diagnósticos de Enfermería reales, riesgo y bienestar, así como también determinar el grado de dependencia de acuerdo al Continuum Independencia – Dependencia, considerando las fuentes de la dificultad.
- ❖ Planificar y ejecutar planes de cuidado e Intervenciones de Enfermería especializada, así como Evaluación de la misma, de acuerdo a las necesidades más alteradas.
- ❖ Realizar un plan de alta, proporcionando información y orientación al paciente y cuidador primario, para favorecer el cuidado extrahospitalario.

### **III MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1 ARTÍCULOS DE ESTUDIO DE CASO BASADO EN MODELOS DE VIRGINIA HENDERSON Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

En este capítulo se realizó una búsqueda de artículos de estudios de caso basado en el modelo de Virginia Henderson y Proceso de Atención de enfermería; los buscadores utilizados fueron: Revista de Enfermería Universitaria, Revista de desarrollo científico en enfermería, Portales médicos, Medigraphic, Revista Benessere de enfermería y Revista mexicana de enfermería cardiológica.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: Necesidad de seguridad y protección, Proceso de Atención de Enfermería, Virginia Henderson y Pediatría.

La búsqueda de los artículos se realizó en un periodo del 2012 al 2017.

Los artículos consultados provienen de México y Chile.

De los once artículos se dividen por grupos etareos, donde tres corresponden a recién nacido, dos a lactantes, uno a preescolar, uno a escolares y cuatro a adolescentes.

A continuación se analizan cada uno de los artículos seleccionados.

En la Revista Universitaria se consulta un artículo el cual se trata de un neonato pretermino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. El presente caso trata de un Neonato masculino, es hijo de una pareja formada por B de 22 años, por el momento se dedica al hogar, cuenta con carrera técnica, E tiene 23 años, es estudiante; tienen una relación de noviazgo de 18 meses, el embarazo no fue planeado pero es aceptado. No cohabitan ni tienen planeado casarse o vivir en unión libre, mediante la

exploración física se observa con alteración en la necesidad de oxigenación por ser pretérmino, presentó SDR por lo que requiere apoyo ventilatorio, se observan periodos con pérdida del automatismo respiratorio. Frecuencia respiratoria de 45-72 por minuto. Saturación de oxígeno por oximetría de pulso entre 78-93%.

El objetivo fue lograr la independencia del neonato.

La metodología que se utilizó fue el proceso de atención de enfermería (PAE) y el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Previo consentimiento informado se aborda la situación; para obtener información se usaron fuentes directas e indirectas y búsqueda en bases de datos. Durante el diagnóstico se identificaron 8 diagnósticos reales, 2 de riesgo y 2 de bienestar. Se jerarquizan las necesidades alteradas y se abordan la necesidad de oxigenación por el compromiso ventilatorio y la de realización por ser un producto de embarazo no planeado. La planeación y ejecución se realiza con base en la mejor evidencia.

Los resultados obtenidos fueron durante las 2 semanas de cuidado se realiza fisioterapia pulmonar, se adecuan las acciones a los recursos de la unidad; no se cuenta con vibradores eléctricos y circuito cerrado de aspiración. Con esto mejora la saturación, los campos pulmonares se auscultan ventilados y la gasometría de entrega de turno se encuentra en equilibrio ácido-base.

Los autores concluyeron que este caso particular se cumplió el objetivo, lograr la independencia del binomio madre-neonato; a partir del egreso hospitalario se mantuvo contacto frecuente con B, mamá de J, vía telefónica y correo electrónico; para apoyar en la resolución de algunas dudas sobre el cuidado de su bebé. El neonato, sujeto de estudio, hasta la actualidad no ha presentado ninguna complicación o secuela, pudo ser amamantado al seno materno, cumplió con su esquema de vacunación y permanece en seguimiento pediátrico.<sup>1</sup>

El presente caso de Proceso de cuidados de enfermería es en un neonato con Epidermólisis (piel de mariposa) fundamentado en el modelo de Virginia Henderson es de un recién nacido, se realiza en el Hospital de segundo nivel de atención Región de Rio Blanco, Veracruz el servicio de neonatología el cual fue producto de embarazo a término obtenido por parto eutócico con un APGAR de 9/9, Silverman 0 , líquido amniótico claro, buena coloración de tegumentos, al nacimiento presentaba la piel integra, pero en cuestión de minutos se observó a iniciación de vesículas limitadas en los dedos pulgar y anular de la mano derecha, pero durante el manejo fueron apareciendo más vesículas en todos los sitios de roce, para lo cual se decide el ingreso hospitalario al área de neonatología para su estudio y tratamiento. Transcurren aproximadamente 36 hrs. para que se dictaminara el diagnostico medico de epidermólisis bullosa. Para su tratamiento se utilizaron antibióticos tópicos en lesiones y manejo mínimo gentil.

El objetivo es ayudar al estudio de esta patología, la aplicación del proceso enfermero y las intervenciones específicas dirigidas al manejo de neonatos con este problema.

La metodología utilizada corresponde a la utilización de diseño tipo cualitativo – descriptivo; aplicación del proceso enfermero. Recolección de la información se utilizó como técnica la entrevista. La historia clínica y la guía de valoración en base a las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson. Se plantearon diagnostico real de enfermería.

Los resultados obtenidos del diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos (presión, sujeciones) manifestado por alteraciones de la superficie de la piel y destrucción de las capas de la piel, fueron favorables ya que la disminuye el riesgo de infección, y las lesiones dérmicas mejoraron el estado de salud del neonato.

El autor concluyo que con la aplicación de este proceso de atención de enfermería, fue favorable, ya que al tratarse de un caso nunca antes visto en la unidad médica, el equipo de salud aprendió a manejar adecuadamente al neonato con epidermólisis bullosa, corrigió su práctica común en el manejo del paciente para prevenir la aparición de más lesiones dérmicas y mejorar el estado del neonato. No fue fácil la aplicación de intervenciones de enfermería ya que minimizo el tacto.<sup>2</sup>

Mediante la Revista de Enfermería Universitaria se revisa un artículo llamado Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de caso; en el cual se trata de la experiencia de un estudiante de enfermería en la ejecución de cuidados paliativos de una recién nacida que ingresa al servicio de cunero patológico de un Hospital General de la zona de la Ciudad de México; durante el embarazo la madre refiere la presencia de cervicovaginitis, hipertensión, por lo cual se interrumpe el embarazo a las 34 SDG por cesárea. Al nacimiento se observa microcefalia, hipoplasia del pabellón auricular (bilateral) labio hendido, exoftalmos del ojo derecho, ausencia de huesos propios de la nariz, cuello corto y polidactilia en ambos pies, las cuales se relacionan con Sx. De Patau, posterior se confirma el diagnóstico. Al realizar una visita domiciliaria, se pudo observar que la madre de la paciente ha estado en constante contacto con pesticidas, ya que vive cerca de siembra de nopal. El agua que consume la familia es almacenada en contenedores en la intemperie. El pesticida es llamada gylfosato el cual causa problemas de salud como malformaciones y lo que se percibe es que la familia de la paciente lo desconocía.

El objetivo fue describir el caso de una paciente con dicho síndrome desde la experiencia de una estudiante de enfermería.

La metodología fue que se seleccionó una recién nacida del sexo femenino con diagnóstico de sx. Polimalformativo, considerado principalmente e, hecho de poder brindarle cuidados paliativos. Se realizó la valoración integral, así

como todos los cuidados de los pacientes. Se acudió todos los días a una visita domiciliaria. La técnica de recolección de datos se realizó mediante anamnesis indirecta, exploración física, revisión del expediente clínico, los diagnósticos de enfermería se realizaron a partir del formato PES. Se implementó un PAE a partir de la propuesta filosófica de Virginia Henderson y para la revisión bibliográfica, se consultó en diferentes fuentes: Pubmed y BVS.

Los resultados fueron que el estudiante de enfermería inicialmente prevaleció las emociones (miedo, ansiedad) , puesto que su pensamiento era que cuando la paciente caía en paro cardiorespiratorio, todos se quedaban parados como espectadores de su muerte, sin embargo después lo percibió como prologarle su agonía . El personal de enfermería siempre estuvo aplicando los cuidados paliativos a la paciente tomando en cuenta a la familia y ayudarlos a aceptar la muerte de su hija.

Los autores concluyeron que la calidad con la que se brinde los cuidados paliativos, determinara la calidad de vida de nuestros pacientes, así como la forma oportuna en la aplicación de las intervenciones de enfermería, dichos objetivos deberán ir en función de brindar la mejor calidad de vida, prestando mayor atención al bienestar de los pacientes.<sup>3</sup>

La Revista mexicana de enfermería cardiológica, publicó un estudio de caso en relación con el Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson a un lactante masculino de 1 año 6 meses de edad, originario de Uruapan, Michoacana. Al nacer le detectan ectopia cordis parcial toracoabdominal y gastrosquisis. Presentó onfalitis al mes de edad y estuvo hospitalizada durante un mes, fue tratada por sepsis neonatal. A los 11 meses de edad inició deambulacion con ayuda; cinco meses después fue enviado al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. No existen antecedentes de cardiopatía congénita por parte de sus padres. Al

ingreso se cuenta con cianosis central se observa por ecocardiograma parcial, defecto de la pared abdominal de aproximadamente 10 cm. donde protruyen las vísceras abdominales. Se evidencia onfalocelo. Ingresó el 23 de octubre del 2012 en donde se diagnostica cardiopatía compleja, defecto del septum atrioventricular, estenosis infundíbulo, doble salida de ventrículo derecho, por lo que un mes después es presentado en la sesión médico quirúrgica donde se acuerda que no es candidato a tratamiento quirúrgico y es referido al HIM Federico Gómez.

El objetivo es desarrollar un proceso de enfermero aplicado a un lactante mayor a la pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson.

La metodología utilizada es estudio de caso clínico en un lactante masculino. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, y longitudinal durante dos meses, basado en el PAE, con el enfoque de Virginia Henderson, se abordaron las 14 necesidades, se utilizó un instrumento de valoración validado y se establecieron los diagnósticos de enfermería; las intervenciones están basadas en evidencia científica, se incluyó evaluación integral y plan de alta.

Los resultados obtenidos por los autores fueron que las necesidades más alteradas fueron: oxigenación, seguridad, movilidad y postura. Se encontraron 4 diagnósticos reales, 6 de riesgo, y 2 de bienestar; se generaron 63 intervenciones con niveles de recomendación científica desde la A hasta la IV C. Se evitaron complicaciones al otorgar atención de calidad.

Los autores concluyeron que el PAE es fundamental para otorgar cuidados de calidad, aunque no permitió disminuir la dependencia del lactante o la suplencia total de la enfermería, no hubo complicaciones y se orientó al familiar. La literatura no reporta cuidados específicos para esta población dada su baja incidencia y de alta mortalidad.<sup>4</sup>

Así mismo en el buscador electrónico de Portales Médicos se consulta el estudio de caso llamado Proceso de atención de enfermería en preescolar con Guillain Barre fundamentado en el modelo de Virginia Henderson, este caso es de un lactante mayor masculino de 2 años 11 meses de edad, ingresa al servicio de urgencia del Hospital Regional de segundo nivel de atención. Inicia su padecimiento en agosto del 2013, el cual presenta tropiezos y caídas en tres ocasiones durante la deambulacion, disminucion de la fuerza en extremidades inferiores perdiendo la movilidad y la fuerza, al día siguiente ya presentaba perdida de la fuerza en extremidades superiores. Durante la exploración física se muestra irritable, llanto, pupilas isocóricas, disminución de la fuerza en miembros superiores e inferiores (escala de Daniel 0-5), sin presencia de reflejos, sensibilidad disminuida. Ingresó al servicio de pediatría, y presenta complicaciones en los músculos respiratorios ingresando a la UTIP, tras corroborar diagnóstico de Gullain Barre, el cual es tratado bajo intubación endotraqueal y posteriormente se le realiza traqueostomía, es manejado bajo tratamiento de cefalosporinas de tercera generación.

El objetivo fue describir el caso clínico de un paciente pediátrico con síndrome de Guillain Barre, haciendo uso del PAE desde el enfoque de Virginia Henderson, describiendo las necesidades humanas.

La metodología fue un diseño cualitativo – descriptivo, mediante la aplicación del PAE. Para la recolección de información se utilizó como técnica la entrevista y como método la observación. Los instrumentos fueron la historia clínica, guía de valoración por aparatos y sistemas, estableciendo intervenciones de enfermería (NIC).

Los resultados obtenidos fueron que por el diagnóstico de dificultad para la movilidad en la cama relacionado con el deterioro del estado físico, la falta de fuerza muscular manifestado por dolor constante, mediante las

intervenciones se logró la disminución del dolor en el ámbito hospitalario, como a nivel domiciliario, favoreciendo el cuidado integral de los infantes.

Los autores concluyeron después de haber realizado el análisis del caso clínico, es importante reconocer que los profesionales de enfermería cuentan con herramientas metodológicas que le facilitan el enfoque de las intervenciones de enfermería fundamentadas en modelos y teorías.<sup>5</sup>

El estudio de caso de Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada, publicado por la Revista de la Revista mexicana de enfermería cardiológica publico el estudio de caso llamado Plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón, el cual se lleva a cabo a un preescolar de 4 años 8 meses, hija de la séptima gesta, con peso al nacer de 2.350 kg. Y APGAR de 9/9, siendo el cuidador primario la madre. Es originaria de residente de Puerto Vallarta, Jalisco, familia integrada por sus padres y seis hermanos. Inicio su padecimiento en el 2009 a los dos meses de edad al presentar cianosis al llanto y a la alimentación, es enviado al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez donde se diagnostica atresia pulmonar con comunicación interventricular y ramas pulmonares hipoplásicas, se realizó colocación de Blalock – Taussing modificada. El 15 de octubre del 2013 reingreso por cianosis y crisis convulsivas, se detectó oclusión de Blalock, por lo que se programa cirugía de Fontan que se lleva a cabo el 28 de octubre se realizó colocación de stent en la rama pulmonar izquierda, el 30 de Octubre por evolución tórpida permaneció en terapia intensiva hasta el 23 de noviembre, es extubado el 29 de noviembre y es dada de alta el 4 de diciembre por mejoría y se continua seguimiento domiciliario.

El objetivo es brindar un cuidado especializado para la reincorporación de la persona a sus actividades de la vida diaria con el apoyo del cuidador primario,

mediante la elaboración de un plan de alta como herramienta para lograr la continuidad en el cuidado disminuyendo complicaciones a corto y largo plazo.

La metodología utilizada fue una investigación exhaustiva en libros y bases de datos electrónicos de PAE. Se recolectaron datos de fuentes directas e indirectas, llevándose a cabo un seguimiento del caso en las etapas: pre quirúrgico, posoperada y domiciliaria, donde se obtuvieron en total 7 valoraciones (2 exhaustivas y 5 focalizadas)

Con el instrumento de valoración de enfermería cardiovascular basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, se realizó jerarquización de las necesidades alteradas, se desarrollaron los diagnósticos de enfermería reales, riesgo y de salud basados en la taxonomía de la NANDA y formato PES. Se realizaron intervenciones y posteriormente se evaluaron para determinar el grado de independencia.

Los resultados del diagnóstico de conocimientos deficientes del cuidador primario relacionado con poca familiaridad con la enfermedad de sus hijo manifestado verbalmente como “necesito saber los cuidados en casa”, fueron que el cuidador primario mostro conocimientos necesarios acerca de la administración de los fármacos indicados y sus efectos en el organismo, identifica signos y síntomas que representen complicaciones por las que deberá acudir al hospital.

El autor concluyo que las intervenciones del enfermero especialista en cardiovascular en el periodo posoperatorio es importante, ya que el cuidador primario manifestó dudas de cuidados en casa, lo cual es fundamental para lograr una mejor calidad de vida, y disminuir la presentación de complicaciones mediante la elaboración del plan de alta y seguimiento domiciliario.<sup>6</sup>

La Revista de Enfermería Benessere se trata de una escolar de sexo femenino, de 7 años de edad, en su quinto día de hospitalización, con diagnóstico médico de Pielonefritis Aguda, tratada con aminoglucósidos y posteriormente fluoroquinolona via oral. Se realizó ectomografía pélvica que señalo posible doble sistema excretor unilateral. Con antecedente de IVU (infecciones de vías urinarias) hace ya un año y tuvo manejo ambulatorio. Pertenece a una familia nuclear biparental, con hermana menor de 3 años, ambos padres con educación media incompleta. Vive en casa de material ligero con saneamiento básico completo y con bajo ingreso económico. Durante la exploración física se detecta abdomen blando, depresible, en ocasiones doloroso a la palpación con referencia de EVA 9-10. Fosas renales sin irritación frente a puño de percusión.

El objetivo es aplicar el PAE a una escolar hospitalizada en un servicio de pediatría de un Hospital Público de la Región de Valparaíso, Chile. Lo que permitirá reflexionar el ejercicio profesional con un enfoque integral y fortalecer el empoderamiento del rol profesional en la gestión en salud mediante la utilización del PAE como instrumento de cuidado.

La metodología es e aplicar el PAE durante dos días de la práctica clínica en el Hospital de Valparaíso, Chile. Para la valoración, la información se recolecto mediante la revisión de documentos, incluyendo expediente clínico, examen físico, anamnesis a la escolar y cuidador primario y la observación. Luego de obtener la información se plantearon diagnósticos en formato PES y se priorizaron las necesidades, en la planificación se planearon los objetivos del cuidado y se estableció el plan de cuidados, en la etapa de ejecución se otorgaron los cuidados planteados y en la etapa de evaluación se llevó a cabo, mediante la monitorización de los indicadores planteados.

Los resultados obtenidos respecto a las intervenciones de la insatisfacción de la comunicación y afecto relacionado dificultades para satisfacer relaciones

armónicas con su familia y personal de salud manifestado por comportamiento impulsivo y agresivo, fue que la escolar se mantuvo más tranquila, la comunicación con personal se mantuvo ambivalente, y no fue posible observar nueva interacción con la madre o resto de la familia.

Los autores concluyeron la crisis de la hospitalización genera consecuencias desde el punto de vista físico, psicológico y social en los niños. En este caso se evidencio con mayor claridad una dificultad que nace a nivel familiar pero que se exacerba en el ambiente hospitalario, priorizando un diagnóstico de enfermería en el área psicosocial, para realizar una valoración integral es necesario establecer relaciones interpersonales efectivas entre el personal de salud y el receptor.<sup>7</sup>

De acuerdo a la Revista Universitaria el artículo Proceso de Atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único; El siguiente caso es realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez y se trata de una adolescente de 12 años, que nació en Hidalgo, pertenece a una familia nuclear. Inicia padecimiento a los 2 años al detectarse cardiopatía, ya que al realizar actividades se fatigaba. Conocida en el HIM desde el 2001, donde se confirma diagnóstico de cardiopatía congénita de ventrículo único, se inició tratamiento con anticongestivos y antihipertensivos; en el año 2007 se le realizó cirugía de Glenn bidireccional. En Mayo del 2010 reingresa por edema fácil, dificultad respiratoria, palidez, diaforesis, motivo por el que se realiza cirugía de Fontan en Mayo del 2010. Egresó el 9 de Diciembre por evolución satisfactoria. Reingresa en 24 de Enero del 2011 por presentar fiebre, diaforesis, escalofríos, edema, signos de dificultad respiratoria e insuficiencia cardiaca congestiva. El caso fue abordado por primera vez el 26 de Octubre del 2010 donde se lleva a cabo una valoración focalizada: cabello escaso, aleteo nasal,

fase ventilatoria I, cianosis peribucal. Dedos palillos de tambos, talla y peso bajos para la edad.

El objetivo fue planear y mostrar los cuidados especializados de Enfermería, otorgados a una adolescente con ventrículo de doble salida.

La metodología utilizada fue el PAE y la Teoría de Virginia Henderson proporcionada por la Academia de la ENEO para los datos subjetivos del grado de independencia de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se reunieron datos objetivos por medio de exploración física sistemática, se utilizó hoja de reporte diario para la valoración focalizada y se determinó el grado de dependencia de acuerdo al *Continuum Independencia – Dependencia*, propuesta por Phaneuf. De los datos obtenidos se diseñaron planes de cuidado personalizados con intervenciones específicas para cada alteración, se llevó a cabo la evaluación u por último se realizó un plan de alta.

Los resultados obtenidos respecto a las intervenciones especializadas al patrón respiratorio relacionado con disfunción neuromuscular manifestado por disnea, los resultados fueron poco favorables, ya que no se alcanzó la mejoría de oxigenación puesto que la paciente presentó un cuadro clínico agudo por lo que requirió ventilación asistida. Las intervenciones relacionadas a la reducción del gasto cardiaco que era manifestado por fatiga, oliguria, no se alcanzó la mejoría en el estado hemodinámico, sin embargo el plan de enseñanza al cuidador primaria fue efectivo para favorecer el apego terapéutico.

Los autores concluyeron que la importancia de los padecimientos cardiacos en los niños ocasiona una elevada mortalidad. Siendo la necesidad de oxigenación la más alterada y que constituye una de las necesidades fisiológicas prioritarias, cuando se sospeche de algún caso se deben de brindar intervenciones independientes, interdependientes e independientes de manera oportuna. Se logró el objetivo planteado: brindar el cuidado aplicando

la metodología del PAE con base en la propuesta filosófica de Virginia Henderson. Se realizó la valoración exhaustiva así como focalizada de las 14 necesidades, pero específicamente de la necesidad de oxigenación durante la cual se realizaron 14 seguimientos, para poder realizar las intervenciones correspondientes.<sup>8</sup>

Mediante la revista médica electrónica Portales Médicos, se consulta el artículo Estenosis aortica congénita y endocarditis bacteriana, el cual se realizó en el Hospital Infantil de Zaragoza y se trata de un adolescente masculino de 12 años de edad que ingreso por primera vez al Hospital Infantil. Hace tres meses padeció fiebre y malestar general de dos meses de evolución. Padecía amigdalitis frecuente desde el primer año de edad, hasta los 5 años fue amigdalectomizado. A los 6 meses de vida se descubre un soplo sistólico, fue diagnosticado de una estenosis aortica hace 4 años. Se realizó una intervención quirúrgica colocando prótesis, por el cual desaparece el soplo sistólico. El día de la valoración acude a su revisión cardiológica, expresando que ha sentido dolor precordial. Se ausculta y presenta un soplo sistólico largo residual así como soplo diastólico, por lo que también presenta insuficiencia cardiaca, fiebre nocturno desde hace dos meses, palidez, astenia, sudoración.

El objetivo fue realizar una recogida de datos acerca del paciente y se procederá a su valoración, se harán diagnósticos enfermeros junto con la planificación, ejecución y evaluación que más convenga según los diagnósticos.

La metodología utilizada fue el PAE y la Teoría de Virginia Henderson mediante la valoración de las 14 necesidades, realizando diagnósticos de las necesidades más alteradas y con dicha información se mandó a hacer una serie de pruebas diagnósticas como Rx de tórax ECG, entre otros.

Los resultados obtenidos de acuerdo a las intervenciones fue evaluar el estado del paciente y comprobar si se cumplieron los objetivos, en este caso la endocarditis evoluciono favorablemente debido al efecto de antibióticos, la fiebre de diaforesis desapareció, los signos vitales se mantuvieron dentro de percentiles el patrón respiratorio continuo normal, las pruebas diagnósticas ( Rx de tórax, ECG, además del cateterismo cardiaco) los resultados fueron desfavorables, ya que las valvas aorticas están deformadas y el orificio valvular es excéntrico, por lo que es recomendable otro intervención quirúrgica para colocar nueva prótesis.

Los autores concluyeron que el PAE debe ser individualizado para cada paciente, para así facilitar su recuperación, mejorar su calidad de vida durante la enfermedad. Los cuidados que se realizan para cada paciente deben estar relacionados con su mejora tanto física como psicológica, ya que esta última puede afectar el estado de ánimo del paciente y nuestros cuidados pueden resultar no tan eficaces.<sup>9</sup>

Alteración de la seguridad y protección en un adolescente masculino, este es un estudio de caso, publicado por la Revista Cientif Enferm, en el cual nos aborda un paciente masculino de 12 años de edad que inicia su padecimiento en enero del 2008 al presentar temperatura de difícil control de 38° por más de dos semanas, petequias en cuello y epistaxis, fue tratado por medico particular, el cual lo refiere al HIM Federico Gómez, el cual mediante el cuadro clínico y aspirado de medula ósea se diagnostica con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), inicia tratamiento con neoplásicos

El objetivo fue desarrollar un estudio de caso que refleje los cuidados especializados a un adolescente masculino con alteración en la necesidad de seguridad y protección por LLA a través del PAE y la propuesta filosófica de Virginia Henderson.

La metodología fue la obtención de datos se obtuvieron de fuente primaria (el paciente), y secundarias (la familia, expediente, profesionales de la salud). Se utilizó la taxonomía NANDA para la redacción de los diagnósticos de enfermería, la planeación se utilizó la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Los resultados obtenidos fue que mediante la propuesta de Virginia Henderson a través del PAE permite organizar y dirigir el cuidado especializado de enfermería y por consiguiente disminuir el grado de dependencia en la necesidad afectada. El adolescente se encontró en un grado de dependencia 4 y lo logro disminuir a 3, puesto que su tratamiento antineoplásico, lo mantiene con alteración en la necesidad de seguridad y protección. Por otra parte lograron su independencia la necesidades de termorregulación, vestido y desvestido, recreación. Mientras que las necesidades de riesgo son la oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, higiene y aprendizaje.

Los autores concluyeron que la propuesta de Virginia Henderson en conjunto con el PAE nos orienta a brindar un cuidado integral al paciente, al contar la enfermera con una base teórica, metodológica e instrumenta que permite el logro de los objetivos planeados.<sup>10</sup>

En la Revista Enfermería Universitaria se elabora un Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad protección, por deficiencia de proteína C; se trata de una adolescente femenina que nació el 4 de agosto del 2000, fue alimentada al seno materno, inicio su padecimiento actual a los dos días de nacida, presentando hiperbilirrubinemia, por lo que fue llevada al hospital, donde la hospitalizaron por no presentar mejoría con la fototerapia le realizaron una exanguineotransfusión el 9 de Agosto, presentando mejoría; a los 11 días de vida inicia lesión edematosa infraumbilical con apariencia de vesícula, con contenido transparente, inicia

tratamiento antibiótico sin obtener mejoría es refería al HIM Federico Gómez a los 17 días de vida, donde le diagnostican celulitis infraumbilical. Mejoro algunos días pero el 29 de agosto inicio con lesión de las mismas características en cadera izquierda, se inicia de nuevo esquema antibiótico y NPT; posterior se diagnostica deficiencia de proteína C e insuficiencia renal crónica. Quedando como tratamiento de base de Plasma Fresco cada 24 hrs. y enoxaparina. El 8 de septiembre es Valorada por el servicio de oftamología por nistagmos donde se identifica desprendimiento de la retina de ambos ojos dando como resultado la perdida irreversible de la vista. El 9 de septiembre es valorada por el servicio de hematología, diagnosticando trombocitopenia y tiempos de coagulación prologando por lo que es necesario transfusiones sanguíneas, presenta de nuevo lesiones , trombosis en la retina, dificultad respiratoria por lo que es necesario fase III de ventilación.

El objetivo fue dar a conocer el estudio de caso, de una adolescente femenina con deficiencia de proteína C con dependencia en la necesidad de seguridad y protección.

La metodología fue que se utilizó el PAE, orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la recolección de información se realizó mediante fuentes primarias y secundarias, se realizó valoraciones focalizadas obteniéndose 15 diagnósticos apoyados en la taxonomía NANDA y el formato PES. Se detectó el grado y nivel de dependencia de acuerdo a la propuesta de Phaneuf , se planearon las estrategias a realizar para que ella alcanzara su independencia.

Los resultados fueron que con las intervenciones que se propusieron en el plan asi como las acciones de enfermería se logró que la paciente y su cuidador primario (mamá) identificaran como enfrentar los problemas principales derivados de la perdida de la visión y el embolismo, se evitaron complicaciones

futuras. La participación del cuidador primario fue fundamental para mejorar el nivel de la dependencia de las necesidades alteradas.

Los autores concluyeron que la aplicación de PAE con una base teórica, en este caso las 14 necesidades de Virginia Henderson, permite al personal de enfermería otorgar una atención personalizada a cada paciente, el modelo permite valorar a la paciente como un individuo con diversas características biológicas, proctológicas, sociales, espirituales y culturales. Se logró que la paciente llegara a la independencia según la gráfica del continuum independencia / dependencia.<sup>11</sup>

Como comentario final, de acuerdo a la autores de los diferentes artículos en todos se aplican la Teoría de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería , tenemos que la disciplina de la enfermería debe de tener la preparación adecuada para brindar cuidado a estos tipos de pacientes, ya que se debe de tener una vital vigilancia en signos y síntomas que vayan apareciendo para actuar con eficacia y evitar que el paciente comprometa su vida, es por eso que la enfermería debe brindar intervenciones especializadas de diferentes patológicas en pacientes pediátricos. Así mismo las intervenciones de enfermería son de suma importancia, ya que tienen fundamentación científica, así mismo en pacientes pediátricos, debido al grado de vulnerabilidad que tienen, se deben de estar más apegado al cuidado, esto involucra al cuidador primario, la educación para la salud, es muy importante, ya que el ámbito domiciliario ellos son los que darán los cuidados y podrán identificar factores que puedan poner en riesgo la vida del paciente. Como bien ya se mencionaron los diferentes artículos de cardiopatías congénitas en pacientes pediátricos, en las cuales cada vez hay mayor incidencia es por eso fundamental el brindar un cuidado de calidad para ayudar a mejorar la dependencia de las necesidades que presente el paciente, ya que el cuidado

ayuda al paciente a mantener un bienestar o ayuda a mejorar y recuperar la satisfacción de las necesidades. Así mismo la orientación del cuidador primario, es importante para conservar la salud.

## **IV MARCO CONCEPTUAL**

### **4.1 VIRGINIA HENDERSON**

Las teorías y modelos conceptuales no son relevantemente nuevas en enfermería, han existido desde Nightingale en 1859 que propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería, así como Nightingale tuvo sus propias ideas, todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos.

La Enfermería es una de las ciencias de la salud más holísticas y capaz de involucrar el sentido humano, combinado a las técnicas del cuidado a las personas. Esta ciencia apoyada de un Proceso de Atención Enfermería, que consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Estas fases integran las funciones de la resolución del problema con el propósito de definir las acciones de Enfermería. El modelo de Virginia Henderson, ha hecho grandes contribuciones a la profesión de Enfermería y es así que hasta hoy en día nos ayuda a brindar un cuidado mayormente específico, anteponiendo las necesidades más afectadas que el paciente presente, gracias a esto se consigue llevar a la práctica clínica los cuidados mediante una jerarquización de las 14 necesidades.

## **CONCEPTOS PRINCIPALES**

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte serena, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible."

El concepto de independencia en el niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación, eliminación, cuidados higiénicos, etc.) necesiten ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.

En este modelo "algunas manifestaciones revelan una perturbación en la satisfacción de las necesidades y expresan una dependencia. Estas manifestaciones pueden ser subjetivas u objetivas, dependiendo de que sea la propia persona la que las exprese o sean observadas por la enfermera.

El continuum independencia – dependencia es la noción de satisfacción a un nivel aceptable. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que la asista, le enseñe lo que debe de hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí solo.

Por tanto es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo las necesidades de la siguiente manera y como se muestra en el gráfico 1.

1. El cliente es independientes si responde por sí mismo a sus necesidades, y permite una buena homeostasis física y psíquica.
2. Es independiente si utiliza sin ayuda, y de forma adecuada un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis y de este modo logra satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien, o si debe ser ayudado.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o prótesis.
5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades”.<sup>12</sup>

Grafico 1. Cotinum independencia - dependencia

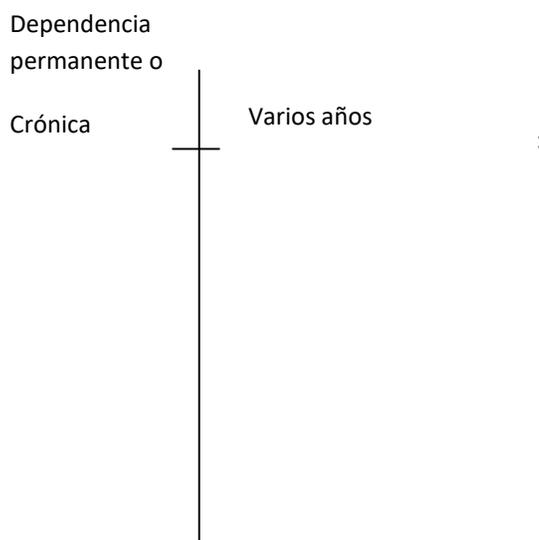
I N D E P E N D E N C I A	1	2	3	4	5	6	D E P E N D E N C I A
	El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén	Debe recurrir a otra persona para que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

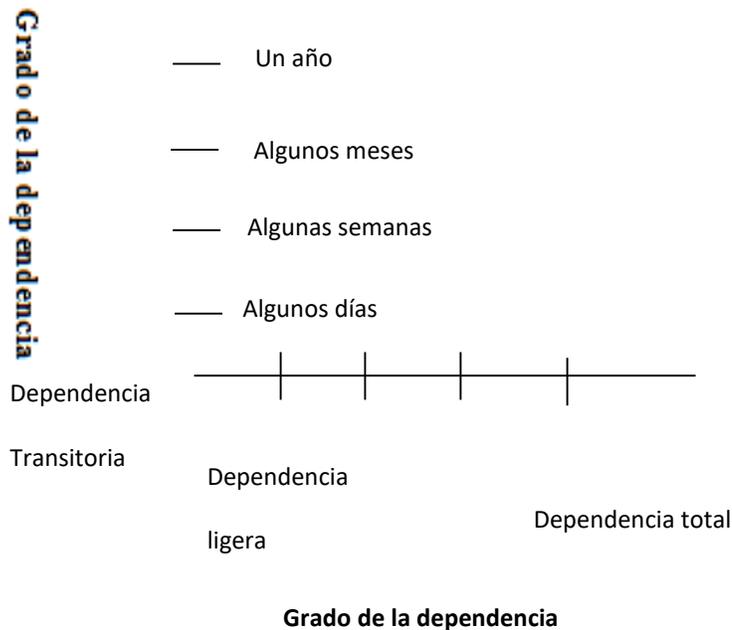
Fuente: Phaneuf M, (1993), *El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana*

## RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA

La dependencia de una persona deber ser considerada no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. El grafico siguiente permite ver esta relación. <sup>12</sup>

Grafica 2. Grado de dependencia





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

## FUENTES DE DIFICULTAD

Las fuentes de dificultad, son aquellos obstáculos o limitaciones que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Estas tres fuentes de la dificultad son:

**-Falta de fuerza:** Se entiende la capacidad física, habilidades mecánicas y capacidad del individuo, de la cual se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

**-Falta de conocimientos:** Cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos.

**-Falta de Voluntad:** Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con motivación.<sup>13</sup>

## **14 NECESIDADES**

Aunque Henderson no menciona influencia directa a A. Maslow se deduce que tuvo cierto grado de participación ya que como existieron en 1936 como profesores en la Universidad de Columbia. Maslow jerarquizó las necesidades considerando que algunas prevalecen sobre otras y parecería que de aquí Henderson enunció las 14 necesidades.

Para Henderson una necesidad es un requerimiento que ha de satisfacer toda persona para mantener integridad, desarrollo. De esta manera cada una de ellas constituye un elemento integrador entre aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.<sup>14</sup> Las 14 necesidades de Virginia Henderson y de la cuales Riopelle las define:

1. Necesidad de Oxigenación: “A nivel de la necesidad de respirar, se observa un solo problema de dependencia: la disnea. Esta se define como una respiración difícil, laboriosa y corta.
2. Necesidad de Alimentación: Cuando esta necesidad no está satisfecha, pueden surgir problemas de dependencia: una alimentación inadecuada por déficit y una alimentación inadecuado por exceso.
3. Necesidad de eliminar: Muchos problemas de dependencia pueden aparecer cuando la necesidad de eliminación no está satisfecha: Diarrea estreñimiento, la incontinencia fecal y urinaria, la retención urinaria, eliminación urinaria inadecuada: déficit o exceso, diaforesis y la eliminación menstrual inadecuada.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura: Cuando esta necesidad no está satisfecha cinco problemas pueden aparecer:

inmovilidad, hiperactividad, incoordinación, postura inadecuada, circulación inadecuada.

5. Necesidad de dormir y descansar: Si esta necesidad no está satisfecha, pueden surgir cuatro problemas de dependencia: insomnio, exceso de sueño, incomodidad y fatiga.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse: “El único problema de dependencia que la satisfacción de esta necesidad conlleva es la inhabilidad de vestirse y desvestirse. Este problema se sitúa a dos niveles: el primer nivel está relacionado con la toma de decisiones frente a la elección de la ropa adecuada, el segundo la capacidad de vestirse y desvestirse relacionado al estado de salud del cliente”.<sup>15</sup>
7. Necesidad de termorregulación: “La temperatura normal del organismo es la resultante de un equilibrio entre la producción de calor y su eliminación. La pérdida de calor se lleva a cabo por los mecanismos físicos principales por los que se pierde calor que son: conducción, radiación, evaporación y convección”.<sup>16</sup>
8. Necesidad de higiene e integridad de la piel: “Dos problemas de dependencia pueden aparecer cuando esta necesidad no está satisfecha; la suciedad y la alteración de los tegumentos y las faneras.
9. Necesidad de evitar peligros: Por su falta de preocupación frente a prevención de la enfermedad, los individuos pueden estar fácilmente afectados por una enfermedad física o psicológica.
10. Necesidad de comunicación: Algunos individuos tiene dificultad de comunicarse con sus semejantes debido a que presentan alteraciones sensitivo – motoras por privación o sobrecarga.
11. Necesidad de creencias y valores: Todo individuo es susceptible de enfrentarse con situaciones en las que iniciativas tomadas o los acontecimientos pueden y por desgracia, suscitar un sentimiento de culpabilidad.

12. Necesidad de autorrealización: Los individuos buscan y actúan según las experiencias vividas en su entorno y que respondan a sus valores.
13. Necesidad de recreación: A lo largo de su vida los individuos experimentan un momento dado y de forma más o menos larga, periodos de aburrimiento, tristeza, perdida de interés por la vida.
14. Necesidad de Aprendizaje: Aprender es una necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación o adquisición de comportamientos.<sup>15</sup>

Los cuidados básicos los define V. Henderson que son llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma sus necesidades.<sup>17</sup>

## **RELACIONES CON OTROS PROFESIONALES**

El concepto de autonomía de la enfermera nos lleva a reflexionar sobre sus relaciones profesionales, en primer lugar con el médico y, después, con los demás trabajadores del campo de la salud. Los siguientes comportamientos comprenden la relación, autoafirmación, autonomía y colaboración que la enfermera mantiene con los médicos y con los demás profesionales de la salud:

- Evitación: No se observa ni autoafirmación, ni verdadera autonomía, ni, sobre todo, colaboración entre los profesionales.
- Acomodación: La enfermera manifiesta un nivel bajo de autoafirmación y de autonomía; no es más que ejecutora, pero la colaboración es muy buena.
- Competición: La enfermera se afirma más y da muestras de una mayor autonomía, pero la colaboración es escasa.

- **Compromiso:** La afirmación y la autonomía se moderan; también la colaboración. La enfermera es una ejecutora crítica.
- **Cooperación:** La enfermera se afirma con resolución y da pruebas de una gran autonomía. Es ejecutora, pero también es capaz de elegir su actuación. La relación entre ella y el médico está basada en el respeto mutuo y permite una verdadera colaboración.<sup>12</sup>

## **SUPUESTOS PRINCIPALES**

El modelo de Virginia Henderson se ha descrito cuatro conceptos en relación con el metaparadigma:

**Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios.<sup>14</sup> Estado dinámico influido por factores biológicos, fisiológicos y sociológicos, sin embargo la enfermera debe analizar a la persona en lugar de la enfermedad.

**Persona:** Individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.<sup>18</sup>

**Entorno:** Se compone de todas las condiciones externas que tienen influencia que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. El individuo interactúa con el entorno y trata de mantener el equilibrio mediante adaptaciones pero también puede amenazar la estabilidad personal.

**Enfermera (cuidados o rol profesional):** La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud, recuperación o a una muerte tranquila.

## **POSTULADOS**

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea

- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero e independiente.

## **VALORES**

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa las funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le pueda prestar.<sup>12</sup>

## **AFIRMACIONES TEORICAS**

La relación de la enfermera en el ámbito práctico se deduce en tres partes;

- Relación enfermera – paciente se puede establecer tres niveles en la atención del paciente; 1) la enfermera como una sustituta del paciente (en el momento de una enfermedad grave, se contempla a la persona como una sustituta de las carencias del paciente para ser completo, integro e independiente) 2) La enfermera como auxiliar del paciente.<sup>19</sup>  
3) La enfermera como compañera del paciente: Fomenta la relación terapéutica con el paciente supervisando y educando el autocuidado
- Relación enfermera-medico: Henderson insistía que la enfermera tenía una función especial diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe de aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Recalcaba que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médico.
- La enfermera como miembro del equipo multidisciplinario: La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales

sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas. Henderson recordaba que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros que no pueda llevar a cabo dentro de sus funciones especializadas.<sup>19</sup>

La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud. Todos los miembros del equipo colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el tratamiento médico y el programa completo de cuidados. Henderson insistió en que el trabajo de la enfermera es único y diferente al del médico. El apoyo de la enfermera en la aplicación del plan médico es indiscutible para su éxito, pero declara la independencia de actuación de enfermería cuando la situación así lo requiera.<sup>14</sup>

A partir de esto V. Henderson categoriza a las necesidades como:

- Funciones autónomas o independientes: La enfermera puede legalmente ejercer *motu proprio*, a partir de sus conocimientos y de su propia evaluación de sus necesidades de la persona, utilizado para ayudarla medios propios e los cuidados de enfermería.
- Funciones de colaboración o dependientes: Funciones que la enfermera pueda legalmente ejercer bajo la dirección del médico, quien efectúa la prescripción, en diagnósticos, tratamiento o en la prevención de la enfermedad.
- Funciones interdependientes: La enfermera puede por lo general ejercer libremente para consultar a otro profesional, discutir una situación problemática con relación a un paciente.<sup>12</sup>

## **4.2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

Se conceptualiza como Marco teórico conceptual en el que se basan los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados.<sup>17</sup>

## **OBJETIVO**

El objetivo del Proceso de Atención de enfermería es que la enfermería está usando sistemas teóricos y modelos conceptuales para organizar el conocimiento, comprender el estado de salud del paciente y guiar su ejercicio profesional.<sup>20</sup>

## **ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **VALORACIÓN**

La obtención de datos es el fundamento de los procesos de atención de enfermería. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de incumbencia de enfermería y al diagnóstico de la misma. El propósito de la obtención de datos es identificar y obtener los datos pertinentes acerca del paciente.<sup>14- 20</sup>

### **TIPOS DE VALORACIÓN**

- Exhaustiva: Es una valoración general de antecedentes patológicos, sintomatología y en esta parte es donde se abre la historia clínica.
- Focalizada: Se centra en la necesidad más alterada.
- Urgencia: Se realiza dependiendo de la necesidad más alterada.

### **FUENTES DE INFORMACIÓN**

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como primarias o secundarias.

- Fuente primaria: El usuario y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos
- Fuentes secundarias: Familiares o del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico.

Por lo general el paciente es la fuente primaria para la obtención de datos; pero dado que las percepciones de los eventos y circunstancias pueden variar, también deberán usarse otras fuentes, la confirmación de los datos mediante diversas fuentes, fortalece la valoración de la enfermera.<sup>20</sup>

## **METODOS**

En esta fase se debe de adquirir toda la información necesaria para poder identificar el problema, las causas, las posibles variables o interferencias en el mismo (creencias, familia, situación social).

## **ENTREVISTA**

Es una técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos acerca de los problemas de salud. Puede ser:

- Formal: Consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- Informal: Es la que se realiza entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

Las partes de la entrevista se dividen en tres partes las cuales son:

- Inicio: Es una fase de aproximación. Se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación se centra en esta fase en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. En esta fase se resumen los datos más significativos. Constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.<sup>17</sup>

### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Es otra técnica que nos va a aportar gran cantidad de datos. Antes de proceder a la exploración debe explicarse al paciente la técnica que se le va a realizar. Se utilizan diferentes técnicas de exploración física.

**Inspección:** Es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Su objetivo es determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o 8 los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

**Palpación:** Consiste en la utilización del tacto. Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

**Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mate, aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros, aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y timpánicos, se encuentra al percutir el estómago lleno de aire.

**Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el fonendoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

De igual manera se va a valorar de acuerdo a dos criterios: Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies". Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparatos.

## **OBSERVACIÓN**

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente y del entorno, como de cualquier otra fuente significativa, así como de la interacción de estas tres.<sup>14</sup>

- Datos subjetivos: La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- Datos objetivos: Información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración.<sup>20</sup>
- Datos históricos: Antecedentes que ha tenido, ejemplo, hospitalización o cirugía previa, los resultados del ECG, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.
- Datos actuales: Los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento, ejemplos: tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio.

## **VALIDACIÓN DE LOS DATOS**

La validación o verificación de que la información que se dispone es real y completa, es un paso esencial en el pensamiento crítico. Le ayuda a evitar:

- Hacer asunciones
- Omitir información pertinente
- Malinterpretar las situaciones
- Extraer conclusiones precipitadas en una dirección equivocada
- Cometer errores en la identificación de los problemas.

### **ORGANIZACIÓN (AGRUPACIÓN) DE DATOS**

Agrupar los datos relacionados es un principio del pensamiento crítico que refuerza su capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud. Si usa un instrumento de valoración bien diseñado, ya está hecha gran parte de la organización porque el instrumento le guía para anotar juntas las claves relacionadas.<sup>21</sup>

### **DIAGNOSTICO**

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

### **CONCEPTOS ERRONEOS**

Uno de los problemas más frecuentes para aceptar la expresión “diagnóstico de enfermería” es el malentendido que surge que por confusión con el diagnóstico médico. Este último identifica y califica el proceso patológico preciso, se hace con el fin de prescribir un tratamiento, curar la enfermedad o reducir la lesión o el daño.

El diagnóstico de enfermería describe los efectos de estos síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre su forma de vida, es la manifestación de la respuesta en la conducta del individuo a la condición o situación.

Otro concepto erróneo consiste en considerar que el diagnóstico de enfermería es la manifestación de un problema de la enfermera con el paciente pero no es un problema ni una meta. En ocasiones la enfermera y el paciente desarrollan conflictos interpersonales o de comunicación que conducen a expresiones por parte de la primera de que el paciente es difícil, exigente, o imposible.

## **NORMAS**

Las normas para realizar un diagnóstico de enfermería están agrupadas en dos categorías

- **Proceso:** El primer paso incluye la situación con uno o más pacientes, obtención cuidadosa de datos objetivos y subjetivos, esquema conceptual de enfermería, interés o problema de salud existente o potencial, causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención. El segundo paso consiste en redactar un diagnóstico de enfermería, este es una conclusión o el enunciado de un resumen respecto a cada problema de salud. El tercer paso es la confirmación del diagnóstico; hay dos etapas: la primera se relaciona la conjunto de signos y síntomas que definen al diagnóstico. La segunda etapa es colaborar con el paciente para ratificar el diagnóstico de enfermería.
- **Estructura:** Es la forma en que los datos son trasladados a palabras que expliquen con precisión el estado del paciente y los problemas de salud: El diagnóstico tiene que ser conciso y claro, específico, preciso y se centra en el paciente, descriptivo, etológico, se direcciona a la intervenciones de enfermería y refleja el estado actual de salud".<sup>15</sup>

## **TIPOS DE DIAGNOSTICOS**

- Real: Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.<sup>17</sup>
- Riesgo: Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.
- Salud: Juicio clínico en transición de bienestar
- Sospecha: Se sospecha de la existencia de un diagnóstico.

## **CLASIFICACION SEGÚN LA NANDA**

North American Nursing Diagnosis Association, 1999), define diagnósticos reales como potenciales (en riesgo de desarrollarse). Los elementos de un diagnóstico NANDA real son la etiqueta la definición de los diagnósticos, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados). Los elementos de un diagnóstico potencial según define la NANDA son la etiqueta, la definición y los factores de riesgo relacionados.<sup>22</sup>

## **PLANEACIÓN**

Para Henderson, la fase de planificación supone hacer que el plan responda a las necesidades del individuo y para ello se debe de priorizar las necesidades más afectadas o los que amenacen la vida. “El plan de enfermería comienza con el enunciado del diagnóstico de enfermería y avanza hacia la meta y los objetivos. Una vez identificados estos, se seleccionan acciones únicas – órdenes de enfermería – para ayudar al paciente a alcanzar las metas y objetivos.<sup>20</sup>

## **TIPOS DE PLANEACIÓN**

- Inicial: Al ingreso del paciente.
- Continua: Se utiliza para mejorar o seguir manteniendo al paciente estable.
- Alta: El plan de alta se lleva a cabo cuando el paciente egresa del hospital.

## **ACTIVIDADES**

Para ser adecuada, las intervenciones deben presentar determinadas características:

- Basarse en principios científicos d cuidados enfermeros, de fisiopatología, psicología, sociología, etc.
- Individualizarse
- Formularse de manera concisa, simple y concreta
- Armonizar con el diagnostico enfermero y el objetivo
- Afectará la parte problema y / o a la parte causa del diagnóstico enfermero.
- Responder a las preguntas ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Dónde? En qué medida? A que ritmo y con frecuencia? ¿Quién?.<sup>21</sup>

## **OBJETIVOS**

Un objetivo describe un resultado futuro de una acción particular, no el proceso mismo de la acción. Las características de los objetivos se han identificado:

- Realización: Es cualquier actividad emprendida en y para el paciente. Puede ser una actividad directamente observable o una que no puede observarse pero es favorable.
- Condición: Indica las condiciones bajo las cuales el paciente concluye la realización, estas condiciones pueden incluir las experiencias se espera haya tenido el paciente antes de terminar el objetivo o las

condiciones ambientales bajo las cuales el paciente llevo a cabo el desempeño.

- Criterio: Es la norma bajo la cual se evalúa el desempeño o la realización y contempla: velocidad, precisión, calidad, referencia al criterio.<sup>21</sup>

## **CLASIFICACION (NIC)**

El lenguaje NIC incluye todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto independientes como de colaboración, así como cuidados directos e indirectos. Una intervención se define como todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza el profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. NIC consta de una etiqueta, un definición, un conjunto de actividades que indican las acciones, el procedimiento que llevan las intervenciones y una breve lista de referencia. <sup>21</sup>

## **PRIORIDADES**

El establecimiento de prioridades puede realizarse en función de las necesidades o de los diagnósticos enfermeros. Las etapas pueden establecerse en diferentes etapas del proceso del cuidado. El establecimiento de prioridades ofrece distintas ventajas. Permite responder a las necesidades inmediatas de la persona y organizar el trabajo de manera más lógica y más funcional. Además, permite a la enfermera coordinar mejor sus actuaciones, sobre todo cuando se hace cargo de varios enfermos. Las prioridades incluidas en el plan de cuidados facilitan también la continuidad de los cuidados, puesto que acaban siendo las mismas para todos los miembros del equipo. <sup>12</sup>

## **EJECUCIÓN**

La evaluación se centra tanto en las acciones como en el progreso. Los resultados en términos del comportamiento del cliente son en esta etapa tan importantes como en las dos anteriores: planeamiento y diagnóstico. Sin

embargo, cuando se hace evaluación a la vez que se realizan las actividades, esto puede tener varios fines adicionales. <sup>14</sup>

## **TIPOS DE EJECUCIÓN**

- Independientes: Dependen del personal de enfermería
- Interdependientes: Involucra al equipo multidisciplinario
- Dependientes: Se realizan por indicación de algún miembro del equipo multidisciplinario.

## **SISTEMA DE PRESTACION 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, es decir, considerar el plan de cuidados globalmente. Permite desempeñar su función de cuidados, función de educación, y su función en relación de ayuda.

- 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.
- 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. Asimismo, es posible que tenga que transmitir conocimientos más formales que exigen una serie de aptitudes y una organización especial.<sup>12</sup>

## **EVALUACIÓN**

Es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y a otros miembros del equipo del

cuidado de la salud. Comienza con la valoración inicial, y esta a su vez es comparada con los patrones presentes para determinar el progreso.

## **PASOS**

La evaluación es una parte integral de cada componente del proceso de atención de enfermería, comenzando con la valoración inicial, esta valoración inicial es comparada después con los patrones presentes de conducta para determinar el progreso. Las metas y los objetivos, formulados en la etapa de planeación, sirven como canones de evaluación contra los que miden los progresos del paciente. Durante la implementación, la enfermera observa la respuesta del paciente a las acciones de enfermería y decide si los planes están ayudando al progreso del paciente; al considerar la respuesta del paciente, la enfermera puede reordenar, modificar, conservar o cambiar las prioridades en el plan de cuidados.

- **ESTRUCTURA:** La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente
- **PROCESO:** La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades de la implementación de cada componente del proceso
- **RESULTADO:** La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería. <sup>20</sup>

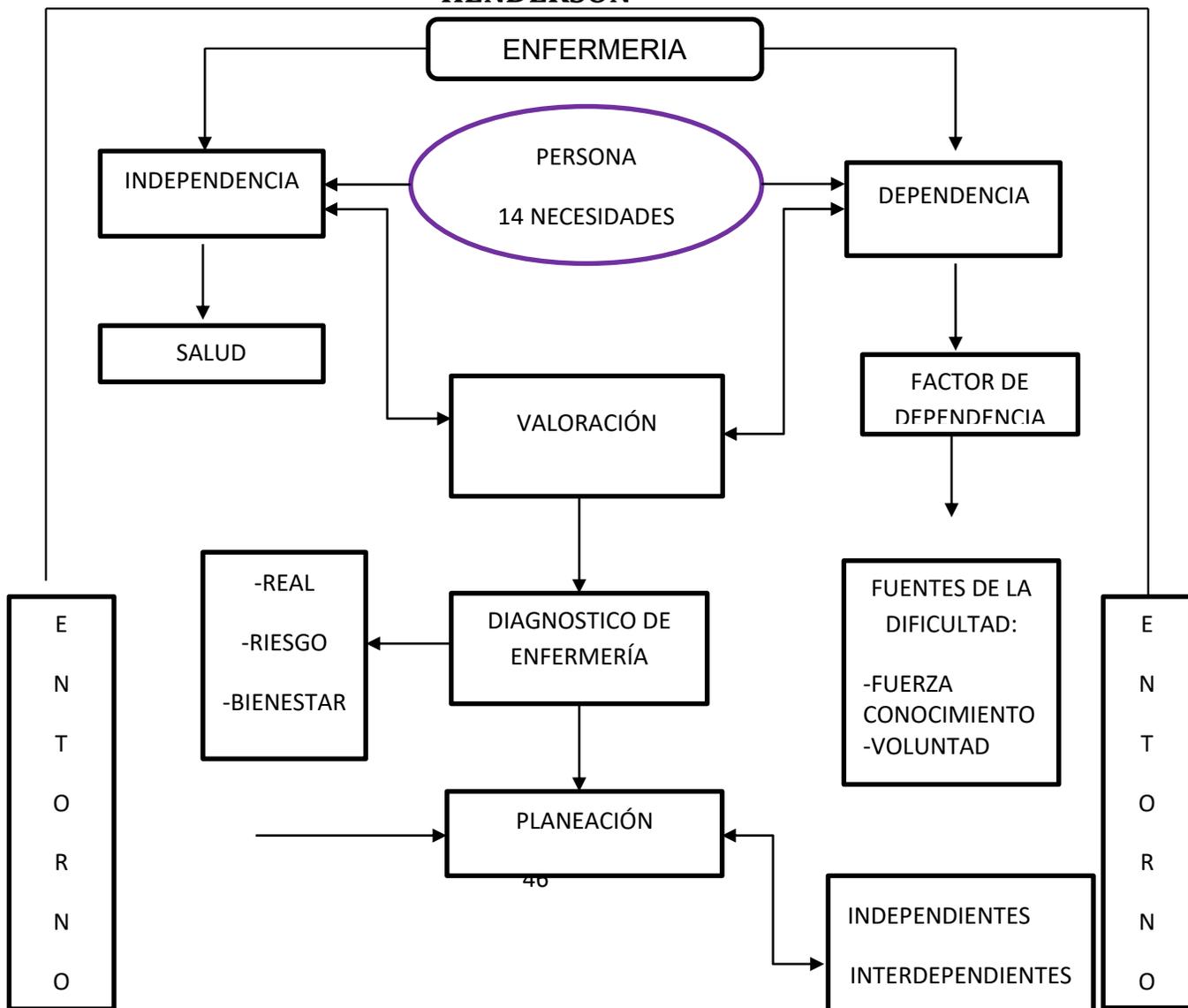
## **CLASIFICACION NOC**

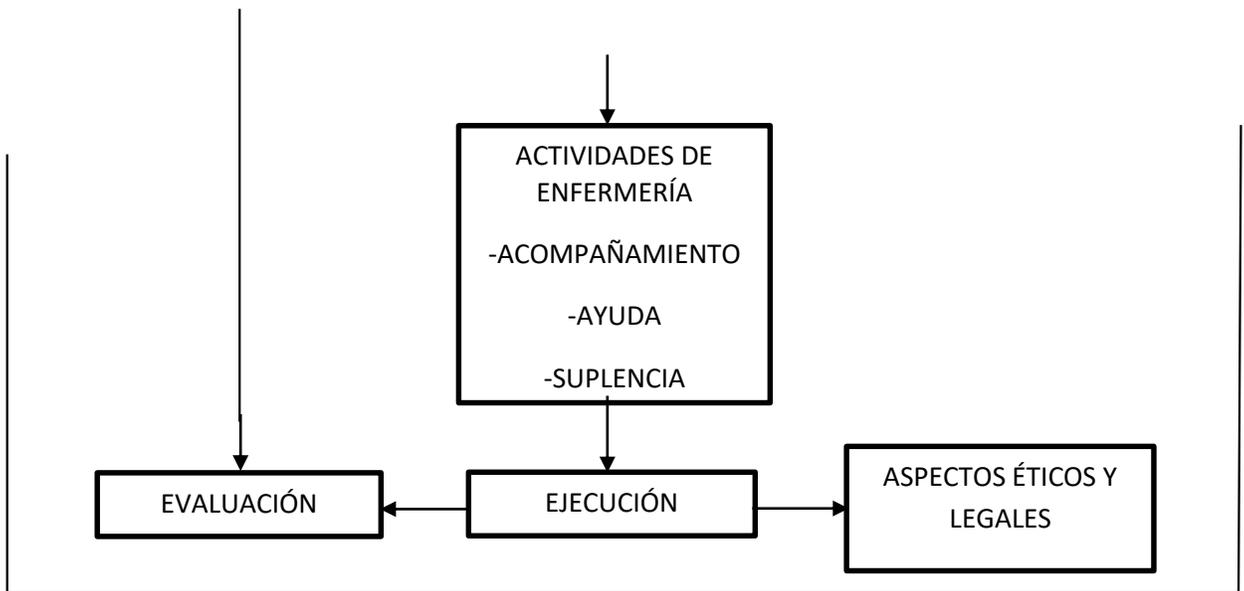
Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención de enfermería. Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, definición, lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación..<sup>22</sup>

A continuación se presenta un flujograma en el cual se relacionan los conceptos del Proceso de Atención de Enfermería y la Teoría de Virginia Henderson, donde se centra en la valoración de las 14 necesidades, en el cual la persona puede estar en independencia en donde se pueden realizar diagnósticos de salud o de riesgo; o por otro lado la persona puede estar en dependencia por que cursa con un factor de dependencia y en donde se pueden desarrollar diagnósticos reales y puede estar determinado por alguna fuente de la dificultad (fuerza conocimiento o voluntad). Por consiguiente de acuerdo al PAE se desarrolla la planeación los cuales pueden ser independientes, interdependientes o dependientes, así mismo donde las actividades de enfermería son de ayuda, acompañamiento o suplencia. La ejecución siempre debe estar basada en aspectos éticos y legales de acuerdo a normas oficiales mexicanas, código de ética, entre otros. Y como última etapa del PAE es la evaluación donde se vuelve a valorar para medir si nuestros objetivos se lograron. *Ver Cuadro 1.*

**CUADRO1. RELACIÓN DE PAE Y TEORIA DE VIRGNIA HENDERSON**





ELABORO: L.E.O. Morales Sánchez Brenda Alicia

### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Durante la formación educativa de la enfermería se adquieren conocimientos, habilidades y atributos para ejercerla y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesional para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México, sin embargo también la ética es fundamental para ejercerla.

En la enfermería, la ética sirve de guía para la toma de decisiones adecuadas con el objetivo que al brindar los cuidados sea a base de valores. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de regirse por normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de brindar un cuidado de calidad y calidez.

### CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERAS EN MÉXICO

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. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).<sup>23</sup>

El CIE (Consejo Internacional de Enfermería) emite un código de ética y los países del mundo lo retoman, así podemos observar que casi todos los códigos de ética de enfermería aplican los mismos aspectos, y existen algunos que especifican minuciosamente el comportamiento.<sup>24</sup>

El Código de Ética consta de un marco conceptual, en donde resaltan los conceptos de:

- Ética: Estudio filosófico de la moral, dicta normas para determinar lo correcto y lo erróneo para formarse juicios sobre que debería hacerse y en benéfico de quién.
- Moral: Considerada como conjunto de comportamientos y normas, que algunos solemos aceptar como válidos porque son los deberes y obligaciones de la sociedad.
- Valores: Definen los ideales de la profesión, ejemplo: la paz, el amor, la racionalidad, la justicia, la bondad y la libertad.
- Normas: orientan el comportamiento para una forma más precisa de actuar.

- Humanismo: Es la cualidad de reconocer la capacidad humana, implica la disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.
- Persona: Ser humano único y complejo, que posee una especial dignidad que la hace fin en sí misma, y no debe ser utilizada como medio, ni reducida a instrumento, por consiguiente tiene la libertad de decidir y de autodeterminarse.<sup>24</sup>

## **PRINCIPIOS**

En el artículo ética y valores en enfermería se refieren los 15 principios bioéticos que la UNESCO publicó en el 2008:

- I. Dignidad humana y derechos humanos.
- II. Beneficios y efectos nocivos.
- III. Autonomía y responsabilidad individual.
- IV. Consentimiento.
- V. Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento.
- VI. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.
- VII. Privacidad y confidencialidad.
- VIII. Igualdad, justicia y equidad.
- IX. No discriminación y no estigmatización.
- X. Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo.
- XI. Solidaridad y cooperación.
- XII. Responsabilidad social y salud.
- XIII. Aprovechamiento compartido de los beneficios.<sup>25</sup>

- **Beneficencia y no maleficencia:** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.
- **Justicia:** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.
- **Autonomía:** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.
- **Valor fundamental de la vida humana:** Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.
- **Privacidad:** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.
- **Fidelidad:** Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.
- **Confiabilidad:** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus

conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

- Solidaridad: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.
- Tolerancia: Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.
- Terapéutico de totalidad: Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.
- Doble efecto: Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.<sup>23</sup>

## **DECALOGO DE ENFERMERÍA**

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

- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- Mantener una relación estrictamente profesional con las personas a quienes atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y políticas.

- Asumir su responsabilidad como miembros del equipo de salud, enfocando sus cuidados hacia la conservación de la salud y la prevención del daño.
- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgos y daño a la propia persona o a daños a terceros.
- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas sujetos de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- Evitar la competencia desleal y compartir con sus colegas, experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- Asumir la responsabilidad de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- Fomentar la participación y el espíritu de grupo para logra los fines profesionales.<sup>23</sup>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Un derecho del enfermero y una forma distinta de tomar decisiones. La información necesaria para el Consentimiento se limita a la que puede ser precisa para formar una decisión concreta. Se explica esquemáticamente y decentemente las condiciones de la información para una buena decisión por parte del paciente. Existe una relación directa entre el grado de competencia de un paciente y la gravedad o trascendencia de la decisión. Su práctica inadecuada puede introducir nuevos inconvenientes de difícil solución. El Consentimiento Informado es como un nuevo ideal hacia la promoción de la autonomía de los pacientes, por lo tanto debe der entendido como una relación más plena para el profesional sanitario.<sup>26</sup>

## **NORMA DEL EXPEDIENTE CLINICO**

Tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archive, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de salud, de los sectores públicos, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud. Los criterios establecidos inciden en la calidad de los registros médicos así como de los servicios y de sus resultados, de toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de salud, para brindar una atención más oportuna, responsable eficiente y amable.<sup>27</sup>

### **4.4 GENERALIDADES DE LA ETAPA DE ADOLESCENCIA**

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, el niño en relación con la edad y su proceso biológico define que la etapa adolescente va de los 10 años a los 19 años.<sup>28</sup>

Se define a la etapa de la adolescencia como un periodo de transición y enlace entre la infancia y la condición del adulto, cuyo inicio se sitúa a los 10-12 años en las niñas y entre los 12-14 en los varones, y su límite a los 18 y 20 años, respectivamente. Esta etapa marca un aumento brusco y considerable, que se ha llamado brote de crecimiento adolescente.<sup>29</sup>

Aproximadamente a los 10 años de edad, los niños y las niñas comienzan un largo periplo a través de la adolescencia. Con sus senderos escarpados e indefinidos, este fascinante viaje puede resultar agotador y confuso, revitalizador y apasionante. Señala el comienzo de una búsqueda de la identidad y de un camino para darle un sentido a la vida y encontrar un lugar en el mundo.<sup>30</sup>

La etapa de la adolescencia es un periodo que se diferencia por cambios somáticos y emocionales, que coinciden con el proceso de maduración sexual.

Los signos vitales de esta etapa:

- Frecuencia cardiaca: 80 – 100 latidos / min.
- Frecuencia respiratoria: 19 – 21 respiraciones / min.
- Temperatura: 36.8 °C – 37.2°C
- Presión arterial: 110 / 70 mm Hg.<sup>31</sup>

Por otra parte refiere Nelson que la adolescencia se divide en tres etapas:

- Adolescencia precoz (10-14 años): La principal característica de la adolescencia precoz es el rápido cambio que se produce en el aspecto físico y el comportamiento, que conlleva una gran timidez y necesidad de intimidad.
- Adolescencia media (15-17 años): La autonomía y un sentido global de identidad son las características principales de la etapa intermedia de la adolescencia. Son frecuentes los comportamientos de alto riesgo como consecuencia de la experimentación.
- Adolescencia tardía (18-21 años): Las principales características de la adolescencia tardía son el individualismo y la planificación del futuro. Hay que hacer mucho énfasis en la responsabilidad del adolescente en su propia salud.<sup>32</sup>

## **CRECIMIENTO GENERAL**

El estirón de crecimiento es un acontecimiento relativamente tardío; puede ocurrir entre los 10,5 y los 16 años de edad. El tono más grave de la voz y la aparición del vello facial y de acné indican los estadios precoces de la pubertad.

Todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo toman parte en el brote del adolescente, lo que se refleja en los valores de talla, peso y

superficie corporal, así como los diámetros, perímetros y relación de segmentos. El adolescente en el primer año crece un promedio de 7 cm., el segundo 9 cm., en el tercero 7 cm. y en el cuarto año 3 cm. para quedarle todavía 2 cm. al final del crecimiento. El hombre adolescente aumenta un total de 24-27 cm. El peso del adolescente va aumentando paralelo a lo señalado por la talla. El hombre aumenta en promedio 25 kg.

### **CRECIMIENTO DE TIPO NEURAL**

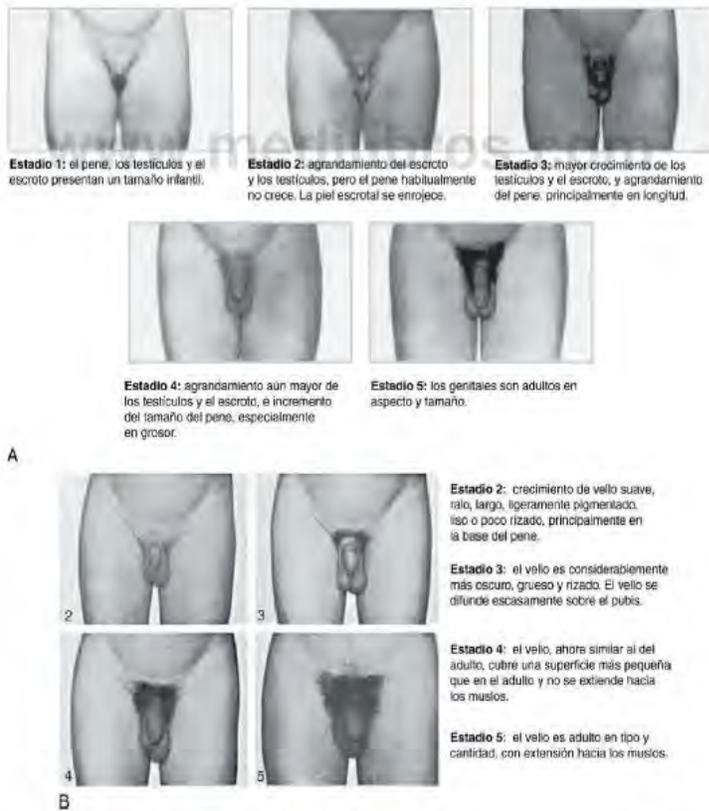
Se observa un incremento mínimo; aproximadamente de un 5% que les resta al crecimiento de etapas anteriores para llegar a la masa total neural del adulto.

29

### **CRECIMIENTO Y DESARROLLO GENITAL**

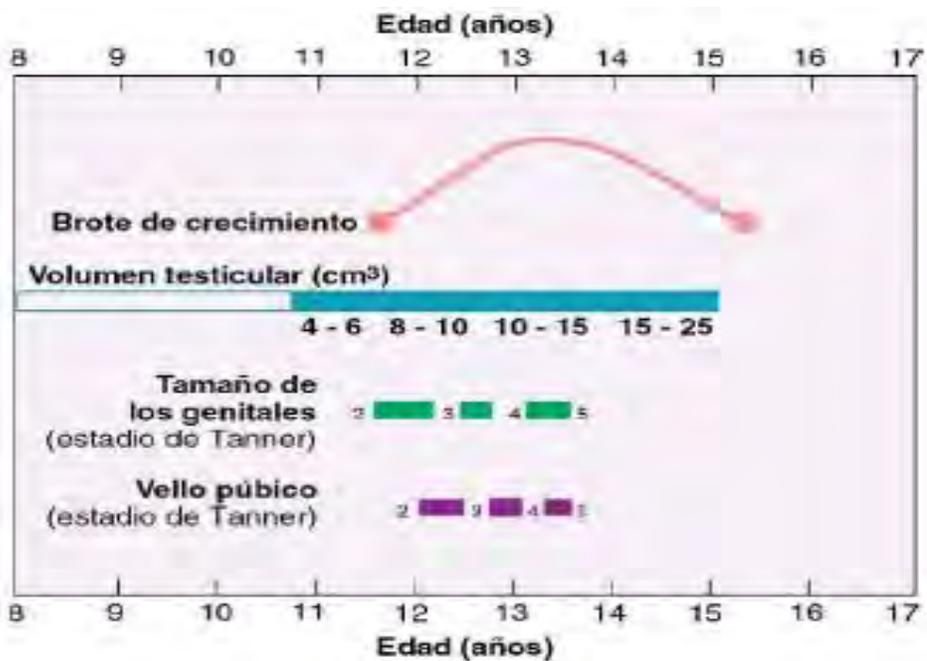
Refiriéndose específicamente en el sexo masculino “el incremento del tamaño testicular (> 2,5 cm.) corresponde al cambio de estado de maduración sexual de Tanner I a II (**Figura 1 y 2**)

**Figura 1.** Progresión habitual del desarrollo puberal en los hombres. A. Desarrollo puberal de los tamaños de los genitales masculinos. B. Desarrollo puberal del vello púbico en los hombres; en el estado 1 no existen vello púbico.



Fuente: Marcdante J.K. Kliegman M.R. Nelson, *Pediatría esencial*. 7ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2015.

**Figura 2.** Secuencia de acontecimientos puberales habituales en un niño estadounidense. Un volumen testicular menos de 4 ml. Utilizando en orquidometro (modelos de Prader) representa un estadio prepuberal.



Fuente: Marc dante J.K. Kliegman M.R. Nelson, *Pediatría esencial. 7ª ed.* Barcelona, España: Elsevier; 2015.

Tras el agrandamiento testicular se inicia el desarrollo del vello púbico en la base del pene (adrenarquia) y posteriormente del vello axilar a lo largo del mismo año.<sup>32</sup>

Los testículos al nacimiento son aproximadamente de 2.2 cm. de largo por 1.4 cm. de ancho, y se mantienen casi sin cambio hasta los 8-10 años. Una longitud mayor de 2.5 cm. puede indicar el inicio puberal, ya que el índice de volumen testicular (IVT) es de 2 a 4 cm<sup>3</sup>; cuando es mayor o igual a 4 cm<sup>3</sup> podemos decir que el desarrollo puberal se ha iniciado. Otra forma de evaluar la maduración testicular es con el orquidometro de Prader (**Figura 3**) constituido de elipses que señalan el volumen.

**Figura 3.** Orquidometro de Prader



*Fuente: Martínez R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. 7ª ed. México: Manual Moderno; 2013.*

La principal característica observada, además del crecimiento acelerado de tipo somático general, es el crecimiento y desarrollo importante del tejido genital y la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta llegar a la completa funcionalidad reproductiva”.<sup>29</sup>

### **CAMBIOS ASOCIADOS A LA MADURACION FISICA**

- ✓ Los estadios de Tanner marcan una maduración biológica que puede relacionarse con cambios en valores específicos de laboratorios y en ciertas situaciones físicas.
- ✓ Los valores del hematocrito más altos en los chicos adolescente que en las chicas son consecuencia de una mayor estimulación andrógeno de la medula ósea, y no por pérdidas secundarias a la menstruación.
- ✓ Los valores de fosfata alcalina en los chicos y las chicas incrementan durante la pubertad, en especial durante el estirón del crecimiento.
- ✓ Durante el estirón es frecuente el empeoramiento de escoliosis leves en los adolescentes.

## **DESARROLLO PSICOLOGICO**

- Adolescencia precoz (10-14 años): El pensamiento es concreto, las características que poseen son la apariencia “¿soy normal?”, se sienten invencibles, buscan grupo de iguales.
- Adolescencia media (15-17 años): Existen aumento de asunción de riesgo, se preguntan “¿Quién soy?”, prueba sus límites, experimenta con ideas.
- Adolescencia tardía (18-21 años): Tienen un pensamiento operativo formal, ven hacia el futuro, planifican.<sup>32</sup>

## **4.5 FACTOR DE DEPENDENCIA (ESTENOSIS AORTICA SUBVALVULAR)**

Las cardiopatías congénitas en los niños constituyen un reto para el cardiólogo pediatra, cirujanos cardiovasculares, intensivistas. Los nuevos métodos diagnósticos y el avance en las técnicas quirúrgicas han permitido mejorar los resultados y el pronóstico. Las cardiopatías congénitas con clínica, dejadas a su evolución natural tienen una mortalidad elevada, ya sea por tratarse de cardiopatías complejas o por la severidad en su presentación. Es fundamental un alto grado de sospecha para iniciar lo más pronto la evaluación y el tratamiento médico, el cual constituye el paso intermedio para su necesaria corrección.<sup>33</sup>

### **ESTENOSIS AORTICA (EA)**

La válvula aortica separa el ventrículo izquierdo de la aorta y su función principal es evitar que la sangre expelida del ventrículo regrese a este. Se le conoce como semilunar, debido a la forma de sus valvas. Está compuesta de tres elementos: el anillo, las válvulas y las comisuras; carecen del aparato subvalvular como lo tienen la mitral o la tricúspide.<sup>34</sup>

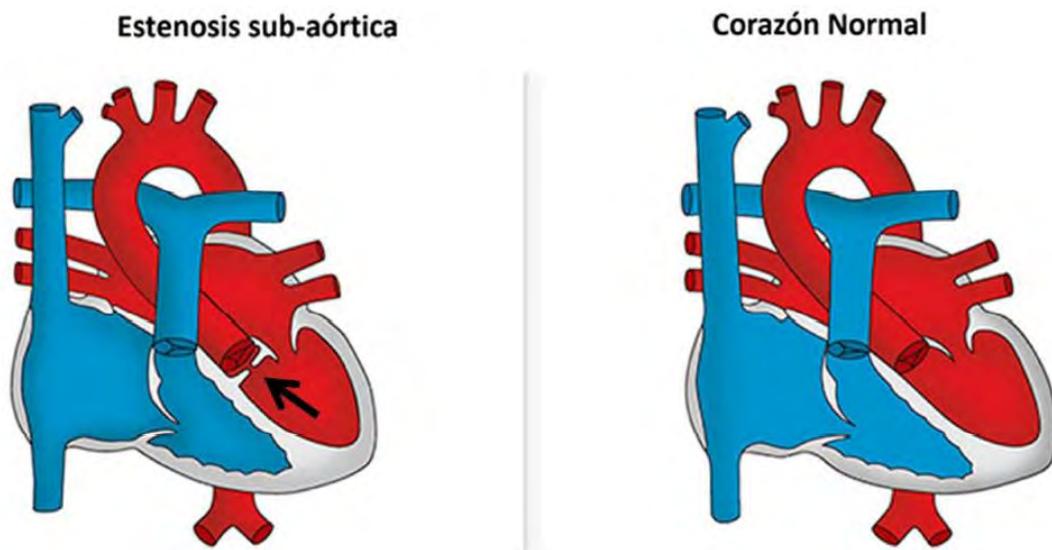
La estenosis aortica es la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, que puede producirse en tres diferentes niveles: valvular, subvalvular o supravalvular.

## ESTENOSIS SUBAORTICA

### Concepto

Obstrucción localizada bajo la valvular aortica, secundaria a una membrana o anillo fibroso locales o a un túnel fibroso difuso. (**Figura 4**)

**Figura 4** Estenosis subaortica vs. Corazón normal



*Fuente:* Luis M. Izquierdo M. Pastor J. Cardiología Pediátrica. Hospital de Cruces. Bisbakaia. Estenosis aortica valvular, subvalvular y supravalvular. [Serie en Internet]: 281-286. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9\\_estenosis\\_aortica.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9_estenosis_aortica.pdf)

## EPIDEMIOLOGÍA

Se encuentra en aproximadamente el 8% de los pacientes con estenosis aortica y se describe más en hombres que en mujeres. Es una lesión generalmente progresiva, con incremento de la obstrucción a lo largo del tiempo, por lo que debe de tener seguimiento rutinario. Es una lesión encontrada en el 8 a 30% de los pacientes que presentan obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo congénita. Rara vez se manifiesta en edad neonatal o antes del primer año de vida, a diferencia de la estenosis valvular. Suele progresar durante la infancia y la adolescencia. La turbulencia de la sangre por la estenosis produce engrosamiento de las valvas, se asocia a endocarditis.<sup>35</sup>

## **ETIOLOGÍA**

Aunque hay evidencia de que la estenosis subvalvular aórtica es una lesión adquirida, existe una base genética en su desarrollo. Aún no se comprende bien porque se produce, pero se ha postulado que sobre la predisposición genética, el estrés mecánico producido por la existencia de anomalías morfológicas, producirían flujos anormales, los desencadenaría una proliferación anormal de tejido que sería el origen de la enfermedad.<sup>36</sup>

## **TIPOS**

- Estenosis subvalvular localizada:  
Puede ser fibrosa o fibromuscular, es una membrana o anillo de localización circunferencial situada a cualquier nivel entre el punto más bajo de la cúspide aortica y el extremo libre de la valva mitral anterior, así como en cualquier lugar o a lo largo del anillo aorta – mitral. Puede encontrarse adherido a la base de las valvas aorticas, pero con frecuencia se encuentra separada de estas por algunos milímetros.
  
- Estenosis subvalvular tipo túnel:

El tipo más común se presenta como una zona circunferencial irregular de fibrosis que comienza en o cerca de la unión con ventrículo – aortica y se extiende hacia el apéndice de 10 a 30 mm. Puede tener varios grados de severidad.

La válvula aortica usualmente es tricúspide y completamente normal, o con leve engrosamiento de las valvas, secundarios a lesión producida por la alta velocidad del jet subaortico que golpea la valva, lo cual lleva con relativa frecuencia a insuficiencia aortica, uno de los criterios para intervención quirúrgica.

El ventrículo izquierdo se presenta con hipertrofia concéntrica. Al igual que en la estenosis valvular, puede presentarse isquemia subendocardica o probablemente fibrosis.

Estas patologías se presentan como anomalía única solo en la mitad o las dos terceras partes de los pacientes. Las anomalías asociadas más frecuentes son comunicación interventricular amplia, interrupción del arco aórtico y ocasionalmente coartación.

## **FISIOPATOLOGÍA**

La válvula puede ser unicúspide cuando existe fusión de más de 2 valvas (típica de la estenosis crítica del recién nacido, en la que la válvula se parece más a una masa nodular gelatinosa, que genera una obstrucción severa); bicúspide cuando existe fusión de 2 de las valvas con o sin rafe central (la más frecuente); y tricúspide. Generalmente las valvas son gruesas, y con diferentes grados de malformación. A la anomalía morfológica se puede sumar inflamación, fibrosis y calcificación (ésta es rara antes de los 20 años). Inicialmente, el ventrículo izquierdo (VI) compensa la sobrecarga de presión con la hipertrofia de sus paredes, pero en las fases más tardías puede fallar por fibrosis, isquemia e incluso fibroelastosis endomiocárdica. Es frecuente la asociación de más de un tipo de obstrucción de la salida al VI (estenosis de la válvula mitral, coartación aórtica y EA supra-avalvular), por lo que la EA puede

formar parte del síndrome de corazón izquierdo hipoplásico. La estenosis valvular aislada se produce en síndromes genéticos como el de Turner. La estenosis no sindrómica aparece esporádicamente o en patrón familiar con herencia multifactorial. Los avances en genética molecular han aportado nuevos conocimientos acerca de la base genética de esta enfermedad. Los genes NOTCH codifican proteínas receptoras transmembrana que regulan la diferenciación y proliferación celular.

## **CLINICA**

En general los niños están asintomáticos debido a que la EA subvalvular es evolutiva y es extraño encontrar en la infancia gradientes severos. Lo más frecuente es que se valore al niño por un soplo o que se descubra la membrana subaórtica al valorar al niño por otra patología cardiaca, como una CIV. En los pacientes que presenten lesiones cardiacas asociadas, las manifestaciones clínicas dependerán de ellas. Dado que los síntomas guardan relación directa con el grado de obstrucción, los síntomas comienzan cuando éste es moderado-severo o severo. El paciente puede presentar disnea de grado variable, así como mareos, dolor precordial y síncope. La lesión severa ocurre generalmente en la edad adulta con fallecimiento del paciente hacia la cuarta o quinta década de la vida si la obstrucción severa no se trata quirúrgicamente. En la actualidad y en nuestro medio no observamos la evolución natural de la enfermedad, ya que los pacientes reciben tratamiento quirúrgico a partir de gradientes moderado-severos, sobre todo en los casos evolutivos, independientemente de la edad que tenga el paciente.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

La existencia de frémito sistólico en el mesocardio y la palpación enérgica del impulso ventricular izquierdo dependerán del grado de obstrucción. La auscultación cardiaca consiste en un soplo sistólico eyectivo, generalmente no precedido de clic y que se oye con mayor intensidad en el mesocardio e irradia

al hueco supraesternal y a la carótida derecha. El 2R suele ser normal. Cuando exista Insuficiencia Aortica (IAo) oiremos un soplo diastólico suave paraesternal izquierdo.

## **ECG**

Puede ser normal o mostrar grados variables de hipertrofia ventricular izquierda, aunque esta última puede no guardar relación con la severidad de la obstrucción.

## **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX**

Generalmente no existe cardiomegalia, y rara vez puede verse una dilatación de la aorta ascendente como en la EA valvular.

## **ECOCARDIOGRAFÍA-DOPPLER**

Nos permite identificar el lugar de la obstrucción (subaórtico) y la diferenciación de los tipos. Podemos apreciar la distancia de la obstrucción a la válvula aórtica y si forma un anillo completo o no. Para medir el gradiente de la obstrucción, utilizamos el Doppler continuo. También se estudia el grado de IAo, si existe, y la presencia de otras anomalías asociadas. En los últimos años se han desarrollado parámetros eco cardiográficos que parecen poder predecir la progresión de la ESAO(12-14) : incremento de la distancia mitro-aórtica, disminución del ángulo aorto-septal y tracto de salida ventricular izquierdo estrecho. Cateterismo cardiaco

En general el diagnóstico y la valoración del grado de obstrucción se realizan con la ecocardiografía-Doppler. Esta exploración, por lo tanto, se realiza cuando hay otras anomalías asociadas que requieren de esta técnica para su estudio.<sup>36</sup>

## **TRATAMIENTO**

Se debe de remover en anillo fibroso muscular y cualquier cantidad de musculo septal que se proyecte hacía en tracto de la salida del ventrículo izquierdo.

En la estenosis subaortica difusa con válvula aortica normal se utiliza la técnica de septoplastia ventricular y en los pacientes con tipo túnel se utiliza la aorto – ventriculosplastia.

## **PRONOSTICO**

Cuando se reseca la estenosis localizada la mortalidad es baja (2.6%). Cuando se realizan cirugías para corrección de estenosis difusa, la mortalidad es mayor (cerca del 19%).

En diferentes grupos se ha demostrado sobrevida a quince años del 85 a 95%.<sup>35</sup>

## **V METODOLOGÍA**

### **5.1 METODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

Para la realización del presente estudio de caso se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco etapas: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación; Así como la Teoría de Virginia Henderson, en la valoración de la persona con sus 14 necesidades.

En la recolección de datos se utilizó un instrumento de valoración de la edad de 6 a 12 años, otorgado por la ENEO – UNAM, el cual contiene ocho apartados que son los datos demográficos (I), antecedentes familiares (II), orientación de la familia (III), antecedentes individuales (IV), jerarquía de necesidades (V) y prioridad de los diagnósticos de enfermería (VI), en las distintas dimensiones (biopsicosocial y espiritual) de la persona, familia o comunidad, además del plan de atención (VIII) y plan de alta. **(Anexo 1)**

También se utilizó la hoja de reporte diario que contiene datos del paciente (nombre, servicio, edad, registro), fecha, nombre de la necesidad de valoración focalizada, así como datos subjetivos, datos objetivos (peso, talla, FC, FR, T/A y Temperatura), otros (escalas, formulas, perímetros, etc.), observación general (habitus externo), exploración física, tipos de relación de enfermería (acompañamiento, suplencia y ayuda), fuentes de la dificultad (fuerza, conocimiento y voluntad), diagnóstico de enfermería, Continuum independencia- dependencia y el grado de dependencia, propuesta por Phaneuf. **(Anexo 2).**

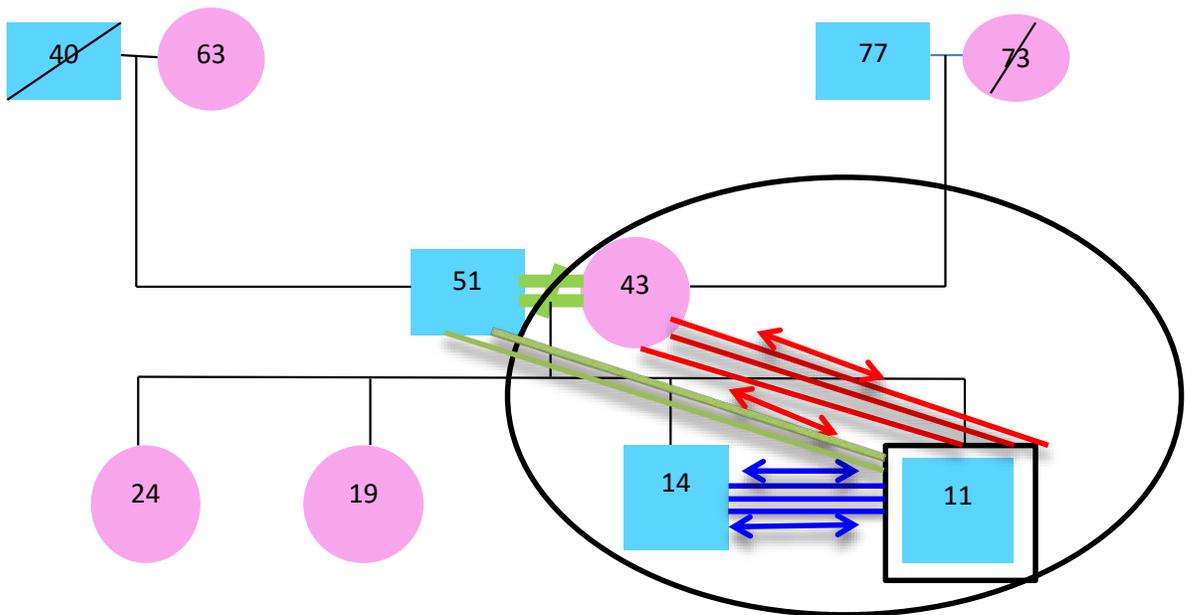
Por último se utilizó el formato de consentimiento informado para llevar a cabo el presente estudio de caso, que fue firmado por el cuidador primario, en este caso fue la madre. **(Anexo 3).**

## VI PRESENTACIÓN DEL CASO

Nombre	N. G. E.
Edad	11 años 6 meses
Sexo	Masculino
Servicio	Cirugía cardiovascular
Diagnostico medico	Estenosis subvalvular aórtico

Se trata de adolescente masculino de 11 años 6 meses de edad; Madre de 43 años de edad, empleada de taller de costura, religión espiritualista, escolaridad preparatoria completa, tabaquismo, alcoholismo y toxiconomias negadas, aparentemente sana. Padre de 51 años de edad, empleado, religión católica, escolaridad primaria completa, tabaquismo positivo desde los 14 años de edad, alcoholismo positivo desde los 14 años de edad, llegando a la ebriedad, aparentemente sano, se encuentra fuera del núcleo familiar, con una relación débil Cuenta con tres hermanos de 14, 19 y 24 años de edad, aparentemente sanos con una relación afectiva fuerte.

### FAMILIOGRAMA



### 6.1 DESCRIPCION DEL CASO

**ANTECEDENTES PERINATALES:** Se trata de adolescente masculino de 11 años 6 meses de edad, el cual es producto de la cuarta gesta obtenido por vía vaginal a las 40 SDG, desconoce APGAR, refiere que lloro y respiro al nacer, niega haber requerido maniobras de reanimación avanzada es egresado binomio a las 48 hrs. sin complicaciones.

**ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS:** Originario y residente de Estado de México, habitan en zona urbana, en casa propia, con todos los servicios básicos, construida de material perdurable. Desarrollo psicomotor adecuado para la edad. Inmunizaciones completas para la edad.

**PADECIMIENTO ACTUAL:**

**20 /Mayo /2006:** Inicia su padecimiento a los dos días de vida, cuando se detecta soplo, el cual se considera como fisiológico.

**13 / Abril / 2008:** Es intervenido quirúrgicamente para corrección de paladar hendido, permaneció tres días en terapia intensiva, egresado del hospital a los cinco días sin complicaciones.

**16 / Ago / 2017:** Es conocido en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, referido de medico particular por presentar fatiga, astenia y adinamia, a la auscultación presenta de soplo sistólico. Acude a la consulta externa cardiología y se realiza diagnóstico de estenosis subvalvular aórtico, negando síncope, dolor precordial, cianosis y datos de congestión cardiaca hasta el momento.

**08 / Oct / 2017:** Ingresa de forma programada para la realización de cierre de persistencia de conducto arterioso (PCA), resección de rodete aórtico.

**10 / Oct / 2017:** Se le realiza cateterismo cardiaco para técnica de prueba de oclusión de conducto arterioso, donde se diagnostica obstrucción subavalvular aortica grave por rodete y tejido fibromuscular, persistencia de conducto arterioso grande tipo B, hipertensión pulmonar grave e insuficiencia aortica leve.

**18 / Oct / 2017:** Se ingresa a quirófano para resección de rodete aórtico y cierre de PCA.

**24 / Oct / 2017:** Egresa a domicilio por mejoría médica con seguimiento en consulta externa de cardiovascular.

### **HABITUS EXTERNO**

Adolescente fenotípicamente masculino de edad aparente igual a la cronológica, complexión mesomorfica, actitud libremente escogida en posición decúbito dorsal, aparentemente integro, se encuentra en mesa de exploración, acompañado de cuidador primario, viste ropa de casa que refleja adecuada higiene, sin movimientos anormales, orientado, consciente, cooperador, con fascies de tranquilidad. Miembros pélvicos íntegros, con marcha independiente, sin alteración evidente.

## **VII APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

### **7.1 VALORACIÓN Y JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES AFECTADAS.**

#### **DEPENDIENTES**

##### **1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

Refiere el cuidador primario que N.G.E no se enferma frecuente, la última vez que se enfermo fue hace 1 año aprox. Por faringoamegdalitis el cual fue tratada con antibiótico por médico privado. Las características de la vivienda es que la habitación donde duerme es templada, no hay ventanas en la habitación donde duerme, no hay fabricas cercas que puedan invadir el medio ambiente, ningún familiar fuma. Tienen zoonosis negativo, Cuenta con todas las dosis de vacunación de BCG. Se interroga acerca de familiares que padezcan o hayan padecido cardiopatías congénitas en la cual la madre refiere que por su familia no, y desconoce por parte de la familia del papa de N.G.E. Menciona la madre que N.G.E solía tener fatiga al realizar actividad física, razón por la cual llevo a esta Institución; después de la operación de resección de rodete aórtico y cierre de PCA, menciona que no ha podido observar si aún existe la fatiga, ya que le da miedo que realice alguna actividad física. Continua en consulta de cardiovascular para saber si ya puede realizar sus actividades normales.

**PIEL:** A la inspección se observa pálida generalizada, sin datos de cianosis, llenado capilar de 2 seg.

**NARIZ:** A la inspección se observa nariz rectilínea simétrica, permeable con leve secreciones mucosas. Se palpan los senos paranasales (etmoides, esfenoides y maxilares), los cuales no presentan dolor durante la palpación y percusión.

**BOCA:** Mediante la inspección se observan mucosas orales rosadas. Hidratadas, con amígdalas grado 1, con lengua de tamaño adecuado.

**CUELLO:** A la inspección se observa cuello simétrico, mediante la palpación se palpan pulsos carotideos con adecuada intensidad, sincronía con pulso radial. No se palpan masas.

**TORAX:** A la inspección se observa tórax estenico, Hx Qx. Mediastinal de aprox. 10 cm. en proceso de cicatrización. A la palpación amplexión y

amplexación presentes y sin alteración, se palpa columna vertebral comprobando que sea lineal. Durante la percusión se percuten los espacios intercostales con adecuado sonido timpánico. A la auscultación, se auscultan focos cardiacos: Aórtico (2do espacio intercostal borde paraesternal derecho) donde hay presencia de soplo de moderado intensidad; Pulmonar (2do espacio intercostal borde paraesternal izquierdo) ruidos cardiacos normales; Tricúspide (4to espacio intercostal borde inferior esternal izquierdo) ruidos cardiacos normales; Mitral (5to espacio intercostal línea media claviclar) ruidos cardiacos normales.

Focos pulmonares: Lóbulos (apical, medio y basal) con presencia de murmullo vesicular. Hemitorax izquierdo y derecho ventilados.

**FC:** 110 lpm **FR:** 22 rpm **T/A:** 94 / 58 mmHg

- **BH Hb:** 14.60 g/dl **Hto:** 43.7 % **Plaq.** 155.00 /UI

- **Gasometría arterial:** PH: 7.39 PCO2: 29.5 PO2: 25.7 HCO3: 17.7

-**Perímetro Torácico:** 67 cm.

## **2. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

N.G.E duerme con la madre, en la misma cama, se abriga con dos cobijas, el clima de la habitación es templado, no hay ventanas, está construida de loza. Menciona N.G.E que no es friolento, duerme solamente con pijama que es un short y camiseta y refiere no sentir frio aun estando en invierno. No tiene la costumbre de que le tomen la temperatura, solamente lo fue cuando estuvo hospitalizado, no es sensible a los cambios de temperatura, de igual manera no se enferma recurrentemente, la última vez fue aproximadamente hace 1

años por faringoamegdalitis que fue tratado con antibiótico por medico particular. Cuando le da fiebre en casa, la madre lo controla con fomentos de agua tibia y si no disminuye lo lleva al médico.

**PIEL:** A la inspección se observa piel pálida generalizada, hidratada, integra, piloerección al tacto, ausencia de escalofríos y diaforesis en el momento de la valoración. Su tejido adiposo ligeramente disminuido para la edad. A la palpación se encuentra piel fría de predominio en manos y pies. La medición de la temperatura corporal se realiza en el área axilar. Debido a la temperatura fría del examinador, durante la palpación realiza contracción muscular.

**ENTORNO:** El entorno donde se valora es de temperatura fría y hay corrientes de aire.

**Temperatura axilar:** 36°C

### **3. NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

G. N. E. cuenta con la cartilla de vacunación completa, la cual no la muestra en físico, es alérgico al ambroxol, ya que le ocasiona dificultad respiratoria, no ha presentado enfermedades dermatológicas, no se ha enfermado recientemente, sin embargo la última vez que se enfermo fue aprox. Hace 1 año de faringoamegdalitis, el cual fue tratado con antibiótico (penicilina) por medico particular, no se considera actualmente paciente inmunocomprometido, sin embargo refiere la madre que le daba mucho miedo que se le infectara su herida quirúrgica. La piel la cuida colocándose crema humectante en todo el cuerpo después del baño. La madre refiere solo haber consultado a médicos sobre la salud de su hijo. Para su madre es muy importante participar en los cuidados de su hijo y lo hace en casa observando signos de alarma (cianosis, fatiga, distres respiratorio, taquicardia, etc.) y administrando los medicamentos en tiempo y forma. Respecto a los factores

sociológicos, se considera que la cultura y la religión no ponen en riesgo la seguridad de G. N. E.

- **PIEL Y ANEXOS:** Mediante la inspección se observa palidez generalizada, de acuerdo a la integridad se observa herida quirúrgica mediastinal de aprox. 10 cm. En proceso de cicatrización, sin datos de infección con bordes irregulares. Se palpan amígdalas, las cuales no se encuentran inflamadas. La piel tiene una textura suave, blanda, lisa, respecto a la turgencia hay una adecuada resistencia y así mismo se valora la elasticidad, ya que al realizar el pliegue desaparece a los 2 seg.
- **ENTORNO**

**Factores psicológicos:** Mediante la inspección se muestra con signos de ansiedad por entrar a su consulta de cardiología. Muestra depresión por perdida de abuela materna.

**Factores sociológicos:** Temperatura ambiental: Se encuentra el clima frío.

Iluminación: La iluminación es adecuada para evitar accidentes.

Ruido: El ruido es alto ya que en la consulta externa les hablan a los pacientes con micrófono y hay multitud de pacientes.

Aire ambiente: En el área de la consulta externa hay muchas corrientes de aire.

Medio seguro: En todo momento es acompañado de madre. La mesa de exploración donde es valorado durante la consulta externa no tiene barandales, sin embargo en todo momento es acompañado de madre y no se deja solo mientras esta en decúbito supino.

Status económico: Posee un status económicos medio por lo que se considera que está preparado para luchar contra peligros de acuerdo a su edad.

Cultura: Las medidas de protección de su cultura (tradiciones) no se considera que lo pueda poner en riesgo.

**BH:** Leucocitos: 9.10 Linfocitos: 41.0% Bandas: 0

**Escala de EVA:** 0 PUNTOS **BRADEN:** 26 PUNTOS **DOWTON:** 3 PUNTOS  
**GLASGOW:** 15 PUNTOS

Medicamentos con los que fue dado de alta

<b>Espironolactona</b>	<b>12.5 mg.</b>	<b>VO</b>
<b>Captopril</b>	<b>12.5 mg.</b>	<b>VO</b>
<b>Furosemida</b>	<b>20 mg.</b>	<b>VO</b>

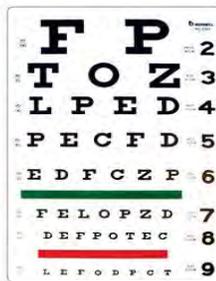
#### **4. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN**

Refiere la madre que G. N. E. comenzó a sonreír a los dos meses, a balbucear 7 meses y comenzó a decir sus primeras palabras a los 10 meses. Menciona que llevan viviendo en el domicilio actual 10 años, tiene dos hermanas mayores y un hermano mayor. En su casa viven sus tíos pero cada quien tiene su casa propia destinada, es decir solo vive con su hermano y madre, no utiliza lentes ni aparatos auditivos, sin embargo, no escucha adecuadamente por lo que tiene seguimiento con otorrinolaringología en esta Institución. En el habla le cuesta trabajo que la gente le entienda, ya que le quedaron secuelas del paladar hendido y las consonantes que más le cuestan trabajo pronunciar en la “r” y la “rr”. El carácter de G. N. E. es muy sociable, sin embargo, también es muy enojón y expresivo con sus gestos. Cuando tiene problemas o necesita algo acude a su madre o a su mejor amigo. Realiza la tarea solo o a veces con su mamá.

A la exploración física se valoran los sentidos.

**TACTO:** A la inspección se observa piel hidratada, adecuada turgencia, se valora sensibilidad con torunda de agua fría y caliente y reconoce las temperaturas, aumentando la sensibilidad en miembros torácicos en miembros torácicos.

**VISTA:** Sigue objetos sin mover la cabeza, con un campo visual de 90°, reflejos pupilares presentes (fotomotor, consensual y motomotor). Se valora la vista la vista mediante el test de Snellen, donde fue posible ver hasta la escala 9.



**OIDO:** Oído externo integro, oído interno con presencia de abundante cerumen en oído izquierdo en las paredes del conducto lo que dificulta la visibilidad de la membrana timpánica. Oído derecho con visibilidad adecuada de la membrana. Se valora la capacidad auditiva, donde aprox. a 1 metro se deben de repetir las palabras porque ya no alcanza a escuchar adecuadamente. Se realiza la prueba de Weber con el diapasón, el cual se coloca en el centro de la cabeza, en la cual menciona G. N. E. que las vibraciones nadamas las percibió en el oído derecho. Mediante la prueba de Rinnie la percepción del sonido lo escucha adecuadamente en el oído derecho y muy leve en el oído izquierdo.

**OLFATO:** Nariz con tabique nasal integro, lineal, fosas nasales permeables con presencia de fluido nasal, con una torunda de alcohol se valora el olfato, donde G. N. E. logra identificar que es alcohol.

**GUSTO:** Mucosas orales integra, hidratada, rosada. Se dan a probar alimentos dulces (galleta) saladas (sal), ácidos (limón), y logra identificar cada uno de ellos, así mismo el de mayor agrada es lo dulce y desagradado lo ácido.

## **5. NECESIDAD DE HIGIENE**

El baño lo lleva a cabo diario, se acostumbra a dar por las noches, se baña solo y a veces con su hermano, lo realiza con shampoo, jabón y esponja, primero inicia lavándose el cabello, posteriormente lava el cuerpo con agua y con jabón y esponja, y al final lava los genitales. Se cambia la ropa diario, se cepilla los dientes dos veces al día, menciona que al cepillarse los dientes no tiene sangrado; la última vez que tuvo consulta odontológica fue aprox. un año, se le interroga acerca de la técnica del cepillado dental el cual lo desconoce al igual que el cuidador primario. El cuidado de la piel lo lleva a cabo con crema humectante.

Dentro de la exploración física:

**PIEL:** Mediante la inspección se observa íntegra con Herida quirúrgica mediastinal de aprox. 10 cm. en proceso de cicatrización, limpia.

**CABELLO:** A la inspección se observa brillante, sin presencia de orzuela ni pediculosis. Mediante la palpación se percibe suave y limpio.

**NARIZ:** A la inspección se observa fosas nasales íntegras, permeables con ligera presencia de fluidos nasales.

**BOCA:** Mediante la inspección se observan mucosas orales íntegras, con presencia de caries en dos molares inferiores, mediante la palpación se palpán encías descartando gingivitis, sin presencia de halitosis.

**UÑAS:** Mediante la inspección se observan uñas de falanges y orfijos, cortas de aprox. 0.8 cm. de largo, se observan limpias sin presencia de suciedad.

**GENITALES:** A la inspección se observan limpios; mediante la palpación se retrae prepucio descartando suciedad, salida de secreción.

En las regiones de codos y rodillas se torna hiperpigmentación, debido a que cuando se baña no se limpia de manera eficaz esas zonas.

## **6. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

N.G.E asiste a 6to de primaria, le gusta ir a la escuela, considera que su aprovechamiento escolar es bajo el cual también se ha visto afectado por la ausencia que tuvo por la hospitalización se incorporó a la escuela de una manera rápida. Pensaba acerca de su hospitalización es que se sentía feliz porque lo operarían y volvería a jugar fútbol; la costumbre nueva que adquirió fue el tomarse solo los medicamentos, ya que por los horarios varios medicamentos tocan en el turno en el que él está en la escuela, por lo que él se los tiene que tomar solo. De acuerdo a las áreas de aprendizaje en lo cognitivo menciona la madre que rápido se memoriza las cosas, la única materia que le cuesta trabajo son las matemáticas; en lo afectivo menciona la madre que es un niño social, que le gusta ayudar a las personas y ser compartido y de lo psicomotor, menciona que tiene problemas del habla y audición, lo cual se ha visto un poco afectado del aprovechamiento escolar por lo que pide que lo sienten hasta delante del salón.

Mediante la inspección y palpación se valoran los pares craneales:

I OLFATORIO: Se coloca una torunda alcoholada, lo cual identifica que es alcohol.

II OPTICO: Se valoran mediante las figuras de Allen, las cuales las identifica todas con ambos ojos, no se muestra dificultad. Así mismo se inspecciona el fondo de ojo el cual se encuentra sin alteraciones.

III OCULOMOTOR: Se valora la simetría de las pupilas, mediante la luz se contraen ambas pupilas simétricamente (miosis; sin presencia de miosis permanente o anisocoria).

IV TROCLEAR: Se valora pidiéndole que siga la lámpara sin mover la cabeza, lo cual lo realiza adecuadamente; sin presencia de nistagmos.

V TRIGEMINO: Se pide que mantenga la boca abierta y se palpan los maseteros, maxilar superior e inferior, lo cual no presenta dolor a la palpación, sin embargo se interroga que parte de la cara le estaba palpando lo cual respondió asertivamente, afirmando de la adecuada sensibilidad.

VI ABDUCTOR: Se valoró pidiendo al paciente que siguiera la lámpara sin mover la cabeza, lo cual se obtuvo un adecuado movimiento del globo ocular.

VII FACIAL: Se pide que sonría y frunza un seño, se observa simetría de ambos lados. Así mismo con la autorización de la mama se le da a probar una galleta y renoce que es una galleta maria.

VIII AUDITIVO: Se realiza la prueba de Weber con el diapasón, el cual se coloca en el centro de la cabeza, en la cual menciona que las vibraciones nadamas las percibió en el oído derecho. Mediante la prueba de Rinnie la percepción del sonido lo escucha adecuadamente en el oído derecho y muy leve en el oído izquierdo.

Mediante la prueba de Romberg se coloca al paciente de pie con los pies juntos y brazos extendidos y con lo ojos cerrados por 5 seg. Observando un buen equilibrio.

IX GLOsofaríngeo: Se valora mediante la deglución de la misma galleta con la que se valoró el par craneal facial, después de tragar se pide al paciente que diga “aahh” y le cuesta realizarlo.

X VAGO: Se valora con un isopo, estimulando el reflejo nauseoso, obteniéndolo positivo.

XI ESPINAL: Se pide que encoja los hombros y rote la cabeza, mientras se opone resistencia al movimiento, lo cual la fuerza es la adecuada.

XII HIPOGLOSO: Se pide que saque la lengua y la mueva de lado a lado, observándose una buena movilidad y simetría, así mismo pudo realizar “un taquito” con la lengua.

## **7. NECESIDAD DE RECREACIÓN**

La preferencia en los juegos que tiene es jugar futbol, así mismo hace referencia de que antes jugaba en un equipo de futbol pero por la fatiga que estaba presentando y expresa que extraña ir a jugar y quiere que los médicos le diga que ya puede hacer actividades de nuevo. Otra actividad que menciona gustarle es ver películas, lo cual fue lo único divertido que hacía durante cuando estuvo hospitalizada, de igual manera menciona gustarle mucho tocar la batería con su tío, actividad que también le prohibieron por su estado de salud. Los objetos que utiliza para jugar son los balones y muñecos “maxtil”. Actualmente no tiene mascotas. Las personas con las que acostumbra a jugar son con sus amigos y con su hermanos juega a “luchas y futbol”. Los programas que más le gustan son las caricaturas, el programa de enamorándonos y su película favorita es “Entrenando a papá”. Así mismo se le interroga de qué significa para él “el juego”, menciona que es algo divertido que hace que se le olvide todo y compartir tiempo con sus amigos es algo importante para él y hace hincapié que aunque puede jugar con otros juegos él quiere regresar a su equipo de futbol, ya que es el que más le gusta y le divierte.

Mediante la inspección se observa a N.G.E. con cierta hiperactividad, ya que él quiere jugar, correr y brincar y la mamá lo controla mucho por miedo a que

se fatigue, sin embargo cuando se le interroga sobre juegos, expresa facies de tristeza ya que no puede jugar actualmente y se muestra con aburrimiento.

## **8. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES**

La religión que practica N.G.E. y su familia es el espiritualismo, donde consta en las mismas creencias que la religión católica, sin embargo la iglesia donde la practican es distinta. La práctica orando todas las noches antes de dormir junto a su madre, así mismo su religión se caracteriza porque tiene muchos cantos, de los cuales pocos se sabe pocos. Menciona la madre que cuando alguien de la familia se enferma, oran sus oraciones y cantan, así paso cuando Emmanuel estaba hospitalizado. N.G.E. Menciona que casi no le gusta ir a misa pero si le gusta orar en su casa. El sentido de la vida lo expresa como “vivir feliz con mi familia”. El significado de la muerte lo expresa como “no sé”. La madre de Emmanuel que es su cuidador primario le menciona a cada momento que él es muy valiente y que Dios nunca lo va a dejar solo. Respecto a los valores que conoce es el amor, amistad, responsabilidad y respeto, los cuales menciona que si los practica en su vida diaria.

Mediante la inspección se observan sus en donde al principio tiene facies de felicidad, sin embargo al interrogarle de su abuelita sus facies cambian y se tornan de tristeza, menciona que la extraña mucho porque siempre vivió con ella, le hacía de comer, le ayudaba a la tarea, le daba dinero y lo consentía mucho. La postura que toma durante la entrevista es en decúbito sedente alineado, sin embargo cuando comienza a hablar de su abuelita se comienza a encorvarse en esa misma posición.

G. N. E. posee un rosario en el cuello de Cristo, el cual menciona que es quien siempre lo acompaña, ya que toda su hospitalización lo tuvo, a excepción de cuando entro a cirugía.

La conducta fue como ya se mencionó al principio alegre, sin embargo cuando se le comenzó a interrogar del tema de su abuelita sus facies cambiaron; se le interrogó si alguna vez se ha sentido abandonado por Dios y menciona que nunca porque él siempre lo acompaña.

La madre intenta ser fuerte para que su hijo no se sienta triste y menciona que cuando está sola por las noches cuando nadie la escucha llora por su mamá porque la extraña mucho.

**Etapas de duelo:** Depresión

## **9. NECESIDAD DE REALIZACIÓN**

Menciona la madre que ella espera que su hijo logre lo que se proponga y le guste, ella nota que a Emmanuel le gusta tocar música, entonces espera que en un futuro sea un gran músico. Se le pregunta a N.G.E. que espera de su mamá, menciona que se compre su camioneta con la que siempre ha soñado. Menciona la madre que N.G.E. imita a su tío, ya que toca en un grupo de rock. En la escuela forma parte de un grupo de amigos, sin embargo se lleva bien con todos los de su salón. Menciona la madre que en casa N.G.E. tiene responsabilidades como arreglar su cuarto y lavar sus tenis, colabora con las decisiones familiares, procuran cada domingo salir a comer en familia. Se interroga a N.G.E. si le gusta ser hombre a lo que responde que sí, para él su mamá es la más importante que tiene, menciona que si es feliz, sin embargo la preocupación que tiene es que si algún día podrá volver a jugar fútbol. Menciona N. G. E. que no se lleva bien con su papá, incluso casi nunca lo ve, y que no lo ha venido a visitar durante su estancia hospitalaria, menciona no querer tener comunicación con él, incluso son mínimos los recuerdos que tiene de él, ya que desde muy pequeño su padre se encuentra fuera del núcleo familiar.

➤ **Apgar familiar:** 18 puntos

Mediante la inspección se observa que la madre respeta a su hijo, no lo interrumpe mientras habla, le permite hablar cuando lo desea, no le grita, no lo golpea, no lo insulta. Se observa una adecuada relación de madre e hijo, le ayuda a lo que no puede realizar por si solo y alaba sus logros, le dice que es muy valiente. Sin embargo al interrogar de su padre, se observan facies de enojo y rechazo al hablar de su padre, por lo que se determina que existe una mala relación de padre e hijo.

## **RIESGO**

### **10.NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

Fue alimentado con formula y biberón debido al problema de paladar hendido posteriormente inicia ablactación a los 6 meses. Actualmente el grado de apetito considera la madre que es bueno, siendo los alimentos de consumo: Desayuno: sincronizadas y lecha; Comida: albóndigas y refresco o jugo; Merienda: leche y pan. Los alimentos que le disgustan son el arroz con leche y el pan con abundante azúcar, no tiene dieta especial y de igual manera no es alérgico a ningún medicamento, acostumbra a comer con su familia (madre y hermano), sin embargo la comida la ingiere en la escuela. Posee 31 piezas dentarias, siendo hace una semana cuando se le cayó el ultimo diente transitorio (leche).

Su dieta normal en 7 días (una semana) es:

Grupo alimenticio	Días
Frutas y verduras	4
Productos de origen animal (carnes)	4
Cereales	7

Actualmente no toma vitaminas. Se le interroga al cuidar primario del plato del bien comer, el cual desconoce y se le explican los grupos alimenticios.

Respecto a los líquidos que ingiere por lo regular son jugos y refresco, ya que no le gusta el agua simple.

**Peso:** 37.6 kg.    **Talla:** 1.44 cm.

**Perímetro Abdominal:** 57 cm.

**Glucosa:** 98 mg/dl    **Hto:** 47.7 %    **Hb:** 14.60 g/dl    **Sodio:** 138 mom/L    **Potasio:** 3.5    **Calcio:** 7.7 mom/L    **Acido úrico:** 2.6 mom/L

**Magnesio:** 1.6mom/L

A la exploración física

**CABELLO:** De apariencia brillante a la inspección sedoso, a la palpación suave y no se desprende con facilidad, con adecuada implantación.

**CEJAS:** A la inspección se observan abundantes, a la palpación se retraen y no se retira ninguna, con adecuada implantación.

**OJOS:** A la inspección se observan íntegros, con esclerótica blanquecina.

**BOCA:** Labios simétricos, rosados, mucosas orales hidratadas, dentición con ausencia de una pieza permanente, lengua con movilidad adecuada para masticar y deglutir, paladar duro y blando íntegro, no se logra visualizar úvula.

**PIEL:** A la inspección se observa piel pálida generalizada, hidratada, con ausencia de manchas mongólicas, a la palpación se realiza un pliegue para valorar la turgencia, en la cual la piel regresa a su estado normal a los 2 seg.

**ABDOMEN:** A la inspección se encuentra abdomen plano, simétrico, cicatriz umbilical íntegro. Se auscultan ruidos peristálticos obteniendo 7 por minuto, a la palpación se palpa bazo, hígado en reborde costal derecho apenas

perceptible y con ruido mate, no refiere dolor a la palpación; a la percusión se perciben ruidos timpánicos en mesogastrio y flanco izquierdo y derecho e hígado con ruido mate.

**UÑAS:** A la inspección se observan delgadas, rosadas y firmes.

## **11.NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

Eliminación urinaria: Las características de la orina son amarillo ámbar, sin presencia de hematuria ni disuria, con una diuresis de aprox. 8 veces al día, una cantidad al día total de 1500 ml. Dejo de orinar en la cama desde los cuatro años.

Eliminación fecal: La consistencia de las heces están bien formadas, color café, sin presencia de molestias al evacuar, evacua 3 veces al día. Sin embargo durante su hospitalización le cuesta esfuerzo evacuar y solo evacua 2 veces al día, puesto que no realiza ninguna actividad física solo se mantiene acostado en cama. Un hábito que tiene para evacuar es diario antes de ir a la escuela.

Perdidas insensibles: Menciona el cuidador primario que N.G.E. no suda mucho, solamente cuando tiene fiebre, lo cual es poco recurrente.

**Escala de Bristol:** Tipo 4 (normal)    **Gasto urinario:** 1500 ml / 24 hrs.

**Escala de Tanner:** Estadio 1                      **Gasto fecal:** No cuantificable

-No cuenta con EGO.

Mediante la exploración física

**PIEL:** Se valora mediante el signo de Godet presencia de edema, el cual está ausente.

**CARA:** A la inspección se observa ausencia de edema facial.

**OJOS:** A la inspección se observa ausencia de edema periorbital.

**ABDOMEN:** Se observa abdomen plano, simétrico, a la palpación se palpan flancos izquierdo y derecho con ruidos timpánicos.

**GENITALES:** A la inspección se observan genitales con presencia de retracción de prepucio sin dolor, glande sin salida de secreción, ausencia de testículos en la bolsa escrotal y presentes en la pelvis de manera bilateral.

## **12. NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA**

Desarrollo psicomotor: a los 2 meses fijo la mirada, misma edad en la que sigue objetos. Se sentó con ayuda a los 6 meses, se sentó solo a los 9 meses, se paró a los 10 meses, camino a los 12 meses, comenzó a saltar a los 2 años, subió escaleras a los 4 años. Actualmente no ocupa aparato ortopédico, la posición que adopta al sentarse es en decúbito sedente lineal, al caminar toma una postura lineal. Acostumbra a dormirse en decúbito lateral izquierdo. Actualmente deambula sin ayuda, sin embargo menciona que durante su hospitalización y esta casi todo el tiempo acostado, ha presentado dolor en la espalda.

- **POSTURA:** A la inspección se observa una buena postura, valorando la curvatura de la columna cervical lineal.
- **MARCHA:** A la inspección se valora la marcha con adecuado movimiento corporal simétrico.
- **MIEMBROS TORACICOS:** Se valora la abducción, aducción, flexión, extensión, elevación, descenso, rotación, supinación, pronación, los cuales no se encuentran alterados. Mediante la percusión se valoran los reflejos obteniendo una puntuación mediante la escala de valoración.

Tricipital	2++
Bicipital	1++

Braquiorradial	2++
----------------	-----

- **MIEMBROS PELVICOS:** Mediante la inspección se valora la integridad, las cuales se encuentran integras ambos miembros, con adecuada movilidad. Mediante la percusión se valoran los reflejos obteniendo una puntuación mediante la escala de valoración.

Rotuliano	3++
Aquiliano	2++

### Escala de Daniels (Fuerza muscular): Grado 5

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR		Graduación	RESPUESTA AL MOVIMIENTO
<b>Grado 5</b> 100%	Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia.	0	Tono muscular normal
<b>Grado 4</b> 75%	Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero débil.	1	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima en los últimos grados del rango de movimiento
<b>Grado 3</b> 50%	Gama total de movimientos contra la gravedad pero no contra resistencia.	1+	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima a lo largo de menos de la mitad del rango del movimiento (signo de navaja)
<b>Grado 2</b> 25%	Gama total de movimientos, pero no contra gravedad (movimientos pasivos).	2	Aumento del tono mas marcado en la mayor parte del rango de movimiento, pero la extremidad puede moverse fácilmente
<b>Grado 1</b>	Vestigios de movimiento	3	Considerable aumento del tono muscular, el movimiento pasivo es dificultado (signo de rueda dentada)
<b>Grado 0</b>	Ausencia de contractilidad	4	La parte afectada esta rígida en flexión o extensión

### 13.NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Se le interroga al cuidador primario cuantas horas duerme N.G.E., menciona que 9 hr. Al día, se acuesta a las 10 pm. Y se levanta a las 7 am. Todos los días incluyendo sábados y domingos. Lo que acostumbra a hacer antes de dormir es ver televisión o muy rara vez leer un libro. Duerme con la madre por lo que no tiene cuarto separado para él solo, no despierta por las noches, actualmente no duerme siesta. Menciona N.G.E. que no puede dormir cuando esta la luz encendida o cuando hay ruido excesivo, así mismo menciona no tener pesadillas desde hace mucho tiempo y se le pregunta si descansa y menciona que sí, expresa que considera que su cuarto es acogedor y esta de temperatura “calientita”.

Durante su hospitalización, menciona no poder descansar algunos días, ya que el ruido del entorno es abundante tanto del equipo biomédico así como del personal, menciona que lo que más le afecta es la luz encendida y que lo despierten para tomarle signos vitales o darle medicamentos.

➤ **Escala de Glasgow:** 15 puntos.

Mediante la inspección no se observan presencia de ojeras, se encuentra activo, sin movimientos anormales, no presenta durante la valoración ningún bostezo. Presencia del reflejo pupilar.

En el entorno se encuentra en una cama cerca de las ventanas, donde le entra frío por las noches y le afecta su periodo de sueño, así mismo hay presencia de 6 bombas de infusión en su cubículo y cuatro monitores.

## **INDEPENDENCIA**

### **14. NECESIDAD DE VESTIDO Y DESVESTIDO**

Se le interroga de las características de la ropa que más utiliza, la cual cuando el clima es frío es pantalón de mezclilla, playeras ligeras, chamarra y tenis de fútbol y cuando el clima es caluroso le gusta usar shorts y playeras de tirantes. La costumbre que tiene de la ropa es que le gusta la ropa ajustada y oscura, el significado de su ropa es que quiere parecer rockero, ya que le gusta esa música como a su tío materno y le gustaría vestirse como él. El cambio de la ropa es diario a excepción del pantalón de mezclilla que lo utiliza 2 veces antes de lavarlo. N.G.E. se viste solo y ya se le da la libertad de elegir su ropa. Se le interroga a la madre sobre la higiene de la ropa y menciona que lava en la lavadora junto con la ropa de su hermano, la lava con jabón, "suavitel" y agua la cual la obtiene de la llave, la pone a secar al aire ambiente. Menciona que cuando estuvo hospitalizado si le gustaron las pijamas, ya que le parecían

cómodas y calentitas, sin embargo le hubieran gustado más una pijama de color azul oscura.

Mediante la inspección se observa es la adecuada para la edad, ya que utiliza pantalón de mezclilla, playera, chamarra y tenis de futbol; el material de la ropa es de algodón y de mezclilla, las cuales se encuentran en buenas condiciones no está rota y está limpia. Respecto a la capacidad física de vestirse y desvestirse es independiente, ya que tiene la fuerza musculo-esquelética para poder realizarlo por sí solo.

## **7.2 PROCESO DE DIAGNOSTICO**

Al analizar los datos obtenidos de las valoraciones focalizadas, se identificaron las necesidades en dependencia e independencia, las fuentes de la dificultad, posteriormente se realizó la elaboración de los diagnósticos de enfermería reales empleando el formato PESS (Problema + Etiología + Signos y Síntomas). Diagnósticos de riesgo con el formato PE (Problema + Etiología). Diagnósticos de bienestar (Problema + Signos y Sintomas).

De acuerdo a la identificación de las necesidades más alteradas se jerarquizo de mayor a menos prioridad. Se fueron identificando las fuentes de la dificultad para cada necesidad así como el rol que imparte enfermería. De la misma manera se tomó como base fundamental las necesidades que pueden poner en peligro la vida del paciente, o aquellas necesidades fisiológicas.

Hasta el momento se han realizado 13 seguimientos, en los cuales se lograron identificar diagnósticos de enfermería de acuerdo a las 14 necesidades.

REALES	<b>8</b>
RIESGO	5
BIENESTAR	1

### JERARQUIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS

FECHA	NECESIDAD	DIAGNOSTICO	NIVEL Y GRADO	FUENTE DE LA DIFICULTAD	ROL DE ENFERMERIA	PRIORIDAD
10 -Oct-17	Oxigenación	Disminución del gasto cardiaco R/C aumento del flujo sanguíneo pulmonar M/P soplo aórtico, fatiga, taquicardia.	5	Fuerza	Ayuda	Alta
22-Nov-17	Termorregulación	Alteración del bienestar físico R/C medio ambiente frio M/P temperatura de 36°C, piel fría y piloerección.	4	Fuerza	Ayuda	Alta
10-Nov-17	Seguridad y Protección	Alteración de la necesidad de seguridad y protección R/C perdida de la primera barrera de protección M/P herida quirúrgica en periodo de cicatrización prolongado.	3	Fuerza	Ayuda	Alta

22-Nov-17	Comunicación	Alteración de la comunicación verbal R/C falta de conocimiento del cuidador primario para la estimulación M/P emitir frases completas no entendibles.	5	Conocimiento	Ayuda	Alta
22-Nov-17	Higiene	Alteración en la higiene bucal R/C falta de conocimientos de la técnica de cepillado dental M/P verbalización de no saber la técnica y presencia de caries en molares inferiores.	3	Conocimiento	Ayuda	Alta
22-Nov-17	Aprendizaje	Alteración de la necesidad de aprendizaje R/C falta de fuerza por la disminución de la audición M/P desempeño escolar bajo	3	Fuerza	Ayuda	Media

22-Nov-17	Recreación	Dependencia de las actividades recreativas R/C falta de conocimiento de realizar actividades que no involucren actividad física M/P expresión verbal de deseo de jugar futbol, aburrimiento.	3	Conocimiento	Ayuda	Media
22-Nov-17	Creencias y valores	Sufrimiento espiritual R/C proceso de duelo M/P depresión, facies de tristeza.	3	Voluntad	Ayuda	Media
17-Oct-17	Realización	Deterioro parental R/C relación paternal deficiente M/P padre fuera de núcleo familiar, expresiones de no tener afecto paterno, enojo hacia el padre.	3	Voluntad	Ayuda	Media

22-Nov-17	Nutrición e Hidratación	Riesgo del desequilibrio nutricional R/C falta de conocimientos del plato de bien comer.	3	Conocimiento	Ayuda	Media
22-Oct-17	Eliminación	Riesgo de la alteración en la eliminación intestinal R/C disminución en la movilidad física.	3	Fuerza	Ayuda	Media
14-Oct-17	Movimiento y Postura	Riesgo de la alteración en la necesidad de movimiento y postura R/C disminución en la movilidad física por estado de salud actual.	3	Fuerza	Ayuda	Media
15-Oct-17	Descanso y sueño	Riesgo de la alteración en la necesidad de descanso y sueño R/C factores del entorno (ruido ambiental, exposición a la luz).	2	Conocimiento	Ayuda	Media

22-Nov-17	Vestido y desvestido	Disposición para mejorar el vestido y desvestido del adolescente de acuerdo a edad y clima.	1		Acompañamiento	Baja
-----------	----------------------	---	---	--	----------------	------

### **7.3 PLANEACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS**

“La planeación se define como “establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que se van a realizar y las preocupaciones que se deben de tomar, inicia cuando la enfermera tiene primer contacto con el individuo y termina cuando este es dado de alta.”<sup>12</sup>

Después de haber realizado los diagnósticos de enfermería se elaboraran por cada uno de los diagnósticos el objetivo correspondiente, posteriormente se enlistan las intervenciones a realizar con el paciente y la familia.

El plan de intervenciones contiene en su estructura una ficha de identificación, objetivo, nivel y grado de dependencia – independencia para la cual fue utilizado el continuum dependencia – independencia propuesto por Phaneuf.; las fuentes de la dificultad, tipo de prioridad y tipo de rol de enfermería. Además se estructuran dos columnas; donde en la primera columna se refieren las intervenciones así como las acciones correspondientes, también se determina el tipo de intervención; en la segunda columna se agrega la fundamentación a la intervención, así como las referencias bibliográficas.



Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



División de Estudios de Posgrado

Especialidad en Enfermería Infantil

Sede: Hospital Infantil de México Federico Gómez

**PLAN**

**DE**

**INTERVENCIONES**

**Nombre:** N. G. E.

**Fecha de Identificación:** 10-Oct-17

**Edad:** 11 años 6 meses

**Grado de dependencia:** Total

**Sexo:** Masculino

**Nivel:** 5

**Fecha de Ingreso:** 8-Oct-17

**Tipo de prioridad:** Alta

**Servicio:** Cardiovascular

**Fuente de la dificultad:** Fuerza

**Necesidad:** Oxigenación

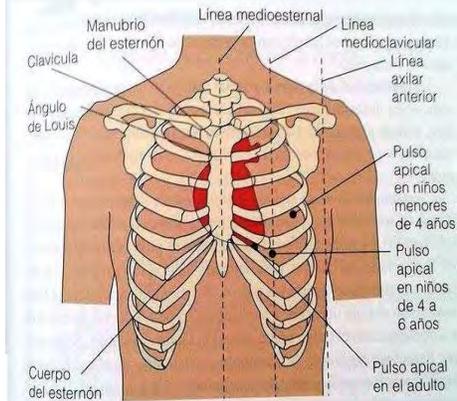
**Rol de Enfermería:** Ayuda

**Diagnóstico de Enfermería:** Disminución del gasto cardiaco R/C aumento del flujo sanguíneo pulmonar M/P soplo aórtico, fatiga, taquicardia

**Objetivo:** El adolescente disminuirá la dependencia en la oxigenación por medio de intervenciones especializadas de enfermería y del equipo multidisciplinario, mantendrá un estado cardiaco estable evidenciado por una frecuencia cardiaca y respiratoria estable en un lapso no mayor a una semana.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>1. Valorar y registrar el estado cardiovascular.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <p>✓ Valorar y anotar la frecuencia y ritmo cardiaco apical.</p>	<p>“Este tipo de controles proporciona datos esenciales sobre las variaciones que se producen en el estado del niño, incluidas taquicardia, bradicardia, hipotensión, frecuencia cardiaca irregular, que indican descompensación cardiaca.”<sup>37</sup></p>

### Localización del Pulso Apical

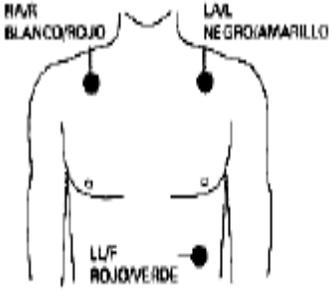


- ✓ Registrar los pulsos periféricos.
- ✓ Valorar el llenado capilar.
- ✓ Llevar a cabo la inspección de variaciones de la piel (manchas, edema (mediante el signos de Godet), hipertermia, hipotermia, diaforesis).



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

- ✓ Realizar un interrogatorio al adolescente mediante la historia clínica para de 6 a 12 años.
- ✓ Realizar la valoración focalizada de oxigenación en cada seguimiento.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p data-bbox="315 289 844 359"><b>2. Utilizar un monitor cardiaco.</b> (Independiente)</p> <p data-bbox="315 359 483 394"><u>ACCIONES</u></p> <ul data-bbox="363 432 844 541" style="list-style-type: none"> <li>✓ Colocar los electrodos de manera adecuada, mediante el triángulo de Eithoven.</li> </ul> <div data-bbox="444 600 773 890" style="text-align: center;">  </div> <ul data-bbox="363 957 844 1245" style="list-style-type: none"> <li>✓ Comprobar que los signos vitales se encuentren dentro de los parámetros normales, de acuerdo a la edad. (adolescente).</li> <li>✓ Registrar variaciones significativas.</li> </ul>	<p data-bbox="870 289 1388 541">“Este tipo de evaluación permite una detección inmediata de las alteraciones de la frecuencia y ritmo cardiaco del paciente, como taquicardia (que constituye un signo precoz de Insuficiencia Cardiaca Congestiva) y arritmias.”<sup>37</sup></p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>3. Realizar un control de la energía de acuerdo a las actividades físicas durante 8 hrs.</b></p> <p>(Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar la respuesta del paciente a la actividad, observándose frecuencias del pulso superiores a 20 pulsaciones por encima de los valores en reposo, aumento de la presión sistólica de 40 mmHg o de la presión diastólica de 20 mmHg, disnea, dolor precordial, fatiga, debilidad, diaforesis, mareos, síncope.</li> <li>✓ Educar al paciente en técnicas de conservación de energía; utilizar silla al ducharse, sentarse para lavarse los dientes, llevar a cabo actividades a velocidad más lenta.</li> </ul>	<p>“Los parámetros señalados ayudan a valorar las respuestas fisiológicas al estrés por actividad y, de existir, son indicativos de sobreesfuerzo.</p> <p>Las técnicas de conservación de energía reducen el gasto energético, ayudando así a equilibrar el aporte y la demanda de oxígeno.”<sup>38</sup></p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>4. Colocar al adolescente en posición semi-fowler.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formar un ángulo de 45° en la cama del paciente.</li> <li>✓ Facilitar almohadas para la cabeza, espalda, curvatura lumbar y brazos para que este en una posición más cómoda.</li> <li>✓ Asegurarnos que los puntos de apoyo estén en los talones, sacro y parte del hueso coxal.</li> </ul>  <p>El diagrama muestra un paciente acostado en una cama que está elevada en un ángulo de 45 grados. El paciente está en posición supina, con la cabeza apoyada en una almohada y los brazos descansando sobre almohadas a los lados. Los pies están apoyados en un cojín o almohada. La cama tiene un respaldo que se eleva, formando un ángulo con el suelo.</p>	<p>“La posición de semi-fowler permite que la fuerza de gravedad alivie la presión sobre el corazón y los pulmones.”<sup>37</sup></p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>5. Administrar los diuréticos prescritos.</b></p> <p>(Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <p>✓ Espironolactona 12.5 mg. / 8 hrs. C</p> 	<p>“La administración de diuréticos favorece que el exceso de líquidos se libere a través del riñón.”<sup>37</sup></p> <p>“ 1-3 mg/kg/día VO Aldactone Tab 25 mg y 100 mg.” <sup>39</sup></p> <p>“Está indicado en el tratamiento y prevención de la insuficiencia cardiaca y sus complicaciones. Como coadyuvante en el tratamiento de la hipertensión arterial e isquemia. Prevención de los efectos de remodelación cardiovascular presentes en la hipertensión arterial y en el infarto del miocardio. Su mecanismo de acción es Antagonista farmacológico específico de la aldosterona, que actúa principalmente mediante un mecanismo competitivo de unión a los receptores de la zona de intercambio Na + /K + dependiente de aldosterona localizados en el túbulo contorneado distal. La espironolactona actúa como un diurético ahorrador de potasio, provocando un aumento de la excreción de sodio y agua y manteniendo los niveles de potasio y magnesio. También posee un efecto antiandrogénico, probablemente por un antagonismo periférico de los andrógenos.”<sup>40</sup></p> <p>“1-5 mg/kg/dosis c/6 – 12 hr IV – VO. Dosis máxima_ 15 mg/kg/día Lasix: Tab 40 mg. Amp 20 mg/2ml.”<sup>39</sup></p> <p>“Está indicado en pacientes con Edema, asociado con insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis hepática</p>

<p>✓ Furosemida 20 mg. C / 12 hrs.</p>  <p>✓ Monitorizar la respuesta a la medicación para controlar la presión arterial y la frecuencia cardiaca.</p>	<p>y enfermedad renal, incluyendo el síndrome nefrótico. FUROSEMIDA es particularmente útil cuando se requiere un agente con un potencial diurético mayor. También en pacientes con Hipertensión: En los pacientes hipertensos que no pueden ser controlados adecuadamente con tiazidas, probablemente tampoco serán controlados adecuadamente con FUROSEMIDA sola. Está contraindicado en pacientes con anuria y en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad al fármaco. La administración de FUROSEMIDA se debe interrumpir durante el tratamiento de la enfermedad renal progresiva severa si ocurre azoemia creciente y oliguria.”<sup>40</sup></p>
<p><b>6. Cuidados cardiacos</b> (Independiente) <u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Garantizar un nivel de actividad que no comprometa el gasto cardíaco y que no provoque crisis cardíacas.</li> <li>✓ Alentar un incremento gradual de la actividad cuando la afección esté estabilizada (es decir, alentar unas actividades a un ritmo más lento o períodos más cortos de actividad con intervalos de descanso frecuentes después del ejercicio).</li> </ul>	<p>“De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares, cobran 17.5 millones de vidas al año en el mundo, 1 en donde las lesiones de las válvulas se hacen presentes; entre éstas se encuentra la estenosis aórtica de origen reumático, congénito y degenerativa. La estenosis aórtica se define como la alteración valvular que impide el vaciamiento de la cámara de salida del ventrículo izquierdo; dicha dificultad se encuentra directamente relacionada con el área valvular. La localización anatómica de la estenosis puede ser subvalvular, valvular o supravalvular.”<sup>41</sup></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.</li> <li>✓ Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).</li> <li>✓ Monitorizar la aparición de cambios del segmento ST en el ECG, según corresponda.</li> <li>✓ Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).</li> <li>✓ Monitorizar los signos vitales con frecuencia.</li> <li>✓ Monitorizar el estado cardiovascular.</li> <li>✓ Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca.</li> <li>✓ Organizar los períodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga.</li> <li>✓ Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.</li> <li>✓ Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea</li> </ul>	
--	--

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente en donde se contaron con todos los recursos materiales.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería para disminuir el gasto cardiaco, así como la fatiga y la taquicardia.

**Resultado:** La dependencia de la necesidad disminuyo de un grado 5 a grado 3, ya que se consiguió disminuir la fatiga al realizar actividades físicas, se mantuvo signos vitales dentro de parámetros normales, se continúa con intervenciones para lograr una independencia.

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



### PLAN DE INTERVENCIONES

**Nombre:** N. G. E.                      **Fecha de Identificación:** 22-Nov-17

**Edad:** 11 años 6 meses              **Nivel Grado de dependencia:** 4

**Sexo:** Masculino                      **Rol de Enfermería:** Ayuda

**Servicio:** Cardiovascular              **Tipo de prioridad:** Alta

**Necesidad:** Termorregulación      **Fuente de la dificultad:** Fuerza

**Diagnóstico de Enfermería:** Alteración del bienestar físico R/C medio ambiente frío M/P temperatura de 36°C, piel fría y piloerección.

**Objetivo:** El paciente recuperara su bienestar manteniendo una temperatura entre 36.8°C a 37.2°C por medio de un control ambiental durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
----------------	----------------

<p><b>1. Valoración del medio ambiente</b> (Independiente) <u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.</li> <li>✓ Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal.</li> </ul>	<p>La exposición en ambientes fríos puede producir hipotermia en personas sin alteración de sus mecanismos de termogénesis, ya sea por exposición a largos periodos de condiciones ambientales adversas, baja ingesta de alimentos calóricos, mala protección de la vestimenta usada, cansancio extremo luego de ejercicio al aire libre, ropa húmeda.<sup>42</sup></p>
<p><b>2. Tratamiento a la termolisis</b> (Independiente) <u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorizar la temperatura del paciente, usando un dispositivo de medición y la vía más apropiada.</li> <li>✓ Colocar al paciente en decúbito supino, minimizando los cambios ortostáticos.</li> <li>✓ Aplicar recalentamiento pasivo (p. ej. Manta, cubrir cabeza y calentador de ropa.)</li> </ul>	<p>“La temperatura del cuerpo refleja el equilibrio entre la producción y pérdida de calor. El calor es generado por el metabolismo celular (principalmente en el corazón y el hígado) y se pierde por la piel y los pulmones a través de los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaporación-vaporización de agua a través de pérdidas insensibles y sudor.</li> <li>• Radiación-emisión de energía electromagnética infrarroja.</li> <li>• Conducción-transferencia directa de calor a un objeto frío adyacente.</li> <li>• Convección-transferencia de calor directo a las corrientes de aire.”<sup>42</sup></li> </ul>

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en consulta externa en donde presento hipotermia, se contaron con todos los recursos materiales.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería para normalizar los niveles de temperatura, así como la enseñanza de medio físicos que se pueden llevar a cabo en casa

<p><b>3. Manejo de la nutrición durante la termólisis</b></p> <p>(Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recomendar al paciente con hipotermia no complicada, que consuma líquidos calientes, rico en carbohidratos (sin cafeína). <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fruta: naranjas, kiwi, guayabas.</li> <li>-Bebidas calientes (té, leche).</li> </ul> </li> </ul>	<p>“La hipotermia inhibe la liberación de insulina por el páncreas, aunque en la hipotermia leve se conservan los niveles normales de glucemia, por el aumento en la utilización de la glucosa durante el temblor. A temperaturas menores de 32°C cesa el temblor y disminuye la utilización periférica de glucosa, lo cual se traduce en hiperglicemia.”<sup>43</sup></p>
<p><b>4. Enseñanza de aplicación de calor en casa</b></p> <p>(Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.</li> <li>✓ Detectar si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación.</li> <li>✓ Seleccionar un método de estimulación que resulte cómodo y de fácil disponibilidad en casa como botella de agua caliente.</li> </ul>	<p>“Recalentamiento externo activo: Este tipo de recalentamiento involucra una fuente de calor exógena aplicada directamente sobre la superficie corporal del paciente aportando calor a la piel mediante el uso de mantas térmicas, ventilador de aire caliente, cama irradiante de calor y baños de agua caliente. Otorga un índice de recalentamiento de aproximadamente 2.2°C por hora. La fuente de calor aplicada se llevará a cabo con medios no invasivos (no agresivos).”<sup>44</sup></p>

- ✓ Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación.
- ✓ Envolver la botella de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.
- ✓ Comprobar la temperatura de la aplicación.
- ✓ Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, conductuales y biológicas de la persona.
- ✓ Sincronizar todas las aplicaciones cuidadosamente.
- ✓ Aplicar calor directamente.
- ✓ Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación cutánea o lesión tisular durante los primeros 5 minutos y luego frecuentemente durante el tratamiento.
- ✓ Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.
- ✓ Colocar de tal manera que el paciente pueda alejarse de la fuente de temperatura, si fuera necesario.
- ✓ Explicar que no se debe ajustar la temperatura por su cuenta sin instrucciones previas.
- ✓ Explicar que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con entumecimiento unos 5 minutos después de la estimulación inicial.
- ✓ Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.
- ✓ Enseñar a evitar lesiones en la piel después de la estimulación.



<p><b>5. Valoración de la temperatura</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comprobar la temperatura al menos cada hora, según corresponda.</li> <li>✓ Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.</li> <li>✓ Observar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>✓ Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</li> <li>✓ Comentar la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de enfriamiento y calentamiento.</li> <li>✓ Explicar los indicios de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado, según corresponda.</li> <li>✓ Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.</li> </ul>	<p><del>“La termorregulación se compone de</del> una serie de elementos que conectan el sistema nervioso central y periférico. El sistema regulador central se encuentra en el hipotálamo en el que hay dos regiones, posterior y anterior, que asumen las funciones de producción y pérdida de calor, respectivamente. Los cambios de la temperatura provocan la respuesta neuronal de los receptores cutáneos, así como variaciones en la temperatura sanguínea, que sirven de señal al hipotálamo para dar una respuesta adecuada. Desde la piel, vísceras profundas y médula espinal, asciende hacia el hipotálamo anterior el haz espinotálmico lateral. La temperatura sanguínea, de por sí, sirve de estímulo al hipotálamo, que responde con variaciones en el tono autonómico y probablemente en la función endocrina para mantener la temperatura corporal en sus límites normales. Así, un aumento de temperatura percibido por el hipotálamo, provoca una respuesta autonómica que consiste en un aumento de la sudoración (pérdida de calor por evaporación), una vasodilatación cutánea (por pérdida de calor por conducción y convección, por contacto directo con la piel del calor) y un descenso del tono muscular (descenso de la producción de calor). En caso de descenso de temperatura actuaría en sentido contrario. En la regulación de la temperatura corporal, juega un papel fundamental el propio individuo, puesto que el humano responde a cambios de temperatura con respuestas voluntarias.”<sup>45</sup></p>
---	--

**Resultado:** La dependencia de la necesidad disminuyó de un grado 4 a un grado de independencia 2, ya que se normalizó la temperatura a 37°C en un lapso no mayor a 1 hr.

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



### PLAN DE INTERVENCIONES

**Nombre:** N. G. E. **Fecha de Identificación:** 10-Nov-17

**Edad:** 11 años 6 meses **Nivel Grado de dependencia:** 3

**Sexo:** Masculino **Rol de Enfermería:** Ayuda

**Servicio:** Cardiovascular **Tipo de prioridad:** Alta

**Necesidad:** Seguridad y Protección **Fuente de la dificultad:** Fuerza

**Diagnóstico de Enfermería:** Alteración de la necesidad de seguridad y protección R/C pérdida de la primera barrera de protección M/P herida quirúrgica en periodo de cicatrización prolongado.

**Objetivo:** El adolescente recuperará su seguridad y protección a través de la implementación de medidas de prevención durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>1. Valorar la necesidad de seguridad y protección</b> (Independencia) <u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se obtienen datos subjetivos por medio de entrevista al cuidador primario de antecedentes biológicos (cartilla de vacunación completa, alergias,</li> </ul>	<p>“La seguridad clínica es uno de los principales componentes de la calidad asistencial. La complejidad creciente de los sistemas sanitarios y por ende de la práctica clínica ha pasado de abordajes simples, poco efectivos y relativamente seguros a un panorama actual donde la</p>

<p>frecuencia de infecciones, antecedentes dermatológicos), antecedentes psicológicos (estrés, ansiedad, etc.), antecedentes sociológicos (entorno: temperatura, ruido, medio seguro, status económico, cultura, entre otros).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se realiza la exploración física mediante el método clínico sobre estado de la piel (coloración, movilidad, turgencia, localización y estado de lesiones o heridas).</li> <li>✓ Se valora la seguridad del entorno.</li> </ul>	<p>asistencia es muy complicada, efectiva pero potencialmente peligrosa.”<sup>46</sup></p>
<p><b>2. Control de infecciones</b> (Independiente) <u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.</li> <li>✓ Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.</li> <li>✓ Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.</li> <li>✓ Mantener técnicas de aislamiento</li> <li>✓ Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.</li> <li>✓ Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</li> <li>✓ Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.</li> <li>✓ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.</li> </ul>	<p>“Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) antes llamadas infecciones nosocomiales “es la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente a la unidad de atención a la salud o antes de recibir atención sanitaria y que puede manifestarse incluso después de su egreso.”<sup>47</sup></p> 
<p><b>3. Cuidados de heridas</b> (Independiente)</p>	<p>“Cerca del 50% de las infecciones de herida quirúrgica se presentan durante</p>

## ACCIONES

- ✓ Realizar curación de la herida quirúrgica diariamente.
- Presentarnos con el paciente y familiar
- Explicar el procedimiento a realizar
- Preparar campo estéril con el material necesario.
- Realizar lavado de manos con la técnica de la OMS y en sus 5 momentos.
- Colocar cubrebocas y doble par de guantes.
- Despegar el apósito que cubre la herida con precaución de no tocar la parte interna del mismo, lo desecha en el lugar indicado.
- Retirarnos el primer plan de guantes.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica 0.9%.
- Realizar un limpieza con clorhexidina al 0.2% de arriba hacia abajo, del centro a la periferia, con una gasa diferente en cada movimiento. Repite este procedimiento cuantas veces sea necesario hasta que consigue la limpieza total de la herida.
- Esperar 20 segundos para que la clorhexidina alcance su efecto máximo.
- Cubrir la herida con un apósito estéril.
- Se retiran los guantes, bata y cubrebocas y los desecha en los sitios indicados para cada uno de ellos.
- Anota la fecha y nombre de quien realizó la curación.

la primera semana del posoperatorio. Las infecciones de esternón después de la cirugía cardíaca afectan gravemente el curso posoperatorio, con una mortalidad que varía del 7 al 80%, las secuelas en los pacientes que sobreviven son graves. La infección de herida quirúrgica esternal es una de las 3 infecciones nosocomiales más caras, determinada por una mayor estancia hospitalaria. La herida quirúrgica es la reducción de bacterias a través de un proceso de desinfección de una herida quirúrgica y no quirúrgica."<sup>48</sup>



<p>-Informa al paciente que el procedimiento terminó y lo deja cómodo.</p> <p>-Anota las observaciones encontradas en la hoja de procedimientos invasivos; y las complicaciones en la hoja de observaciones de enfermería.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>4. Protección contra infecciones</b></p> <p>(Independiente)</p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li> <li>✓ Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones</li> <li>✓ Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.</li> <li>✓ Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.</li> <li>✓ Uso de precauciones estandarizadas (bata, guantes, cubrebocas, etc).</li> <li>✓ Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.</li> <li>✓ Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.</li> <li>✓ Obtener muestras para cultivo, si es necesario.</li> <li>✓ Fomentar una ingesta nutricional suficiente.</li> <li>✓ Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.</li> <li>✓ Fomentar el descanso.</li> <li>✓ Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.</li> </ul>	<p>“Las precauciones estándares tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas. Son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes. La higiene de las manos es un componente principal de las precauciones estándares y uno de los métodos más efectivos para prevenir la transmisión de agentes patógenos asociados con la atención de la salud.”<sup>49</sup></p> <p>“El proceso educativo recae sobre el personal sanitario pero indudablemente</p>

<p style="text-align: center;"><b>5. Enseñanza al cuidador primario para prevenir infecciones.</b></p> <p>(Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.</li> <li>✓ Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</li> <li>✓ Enseñar acerca de la adecuada preparación de alimentos en casa.</li> <li>✓ Enseñar acerca de cuidados higiénicos.</li> <li>✓ Dar capacitación acerca de cuidados de heridas quirúrgicas en el hogar.</li> </ul>	<p>la enfermera encargada del programa es el eje educativo predominante. El refuerzo de los conceptos de autocuidado está a cargo del médico, la nutricionista, el psicólogo y los demás actores del proceso de atención. Se comentaba que la educación es continua y personalizada e inicia desde el momento de la hospitalización y debe persistir durante el seguimiento ambulatorio de modo que se refuercen cada uno de los puntos relevantes en los que se detecte falta de adherencia. La manera de impartir la educación al paciente, a su cuidador y al personal a cargo es variada y diversa".<sup>50</sup></p>
---	---

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente, con seguimiento por consulta externa, donde se contaron con todos los recursos materiales.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería, para evitar una infección, así como promover el proceso de cicatrización. Se capacito al cuidador primario (madre) para los cuidados de la herida quirúrgica en casa, por medio de un folleto.

**Resultado:** La dependencia de la necesidad disminuyo de un grado 3 a un grado de independencia 1, ya que en el seguimiento de la valoración de seguridad y protección no presento datos de infección y se logró la cicatrización de la herida.





contexto escolar, podemos encontrar niños y niñas, en los que el acto comunicativo no llega a ser consciente e intencional, careciendo de un valor funcional para quienes lo reciben, de aquí, la necesidad de revisar la visión sobre lo que entendemos por comunicación y estar preparados para interpretar los indicios, a veces poco claros.”<sup>51</sup>

## 2. Realizar un manejo de la comunicación verbal diariamente.

(Independiente)

### Acciones

- ✓ Monitorizar la velocidad, la presión, el ritmo, la cuantía, el volumen y la dicción del habla.
- ✓ Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla (p. ej., memoria, audición y lenguaje).
- ✓ Instruir al paciente o la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla.
- ✓ Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., situarse frente a él al hablar, escuchar con atención, presentar una idea o pensamiento cada vez, hablar despacio evitando gritar, usar comunicación escrita o solicitar la ayuda de la familia para comprender el habla del paciente).
- ✓ Instruir al paciente para que hable despacio.

“El lenguaje es instrumento y medio fundamental en el proceso de socialización, ya que permite la adaptación al medio y su integración, la adquisición de valores, creencias, opiniones, costumbres, correspondientes al contexto social de pertenencia, al tiempo que aprende a saber lo que se espera de él, qué tiene que esperar de los demás y a comportarse en cada situación de acuerdo con esto. Estas pautas culturales se transmiten a través del lenguaje hablado.”<sup>52</sup>



<p><b>3. Establecer una relación que incluya escucha activa</b> (Independiente)</p> <p><u>Acciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Establecer el propósito de la interacción (prestar gran atención otorgando importancia a los mensajes verbales).</li> <li>✓ Mostrar interés por el paciente.</li> <li>✓ Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados y además atender al contenido de la conversación.</li> <li>✓ Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.</li> <li>✓ Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz.</li> </ul>	<p>“En el desarrollo general del niño, el lenguaje cumple importantes funciones: Es el principal medio de comunicación, es instrumento estructurante del pensamiento y de la acción, actúa como factor regulador de la conducta, es un medio de acceder a la información y a la cultura, supone un medio de identificación con iguales.”<sup>51</sup></p>
<p><b>4. Establecer un plan terapéutico de lenguaje en coordinación con rehabilitación</b> (Interdependiente)</p> <p><u>Acciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ejercicios respiratorios: Se realizan con movimientos simples y repetitivos, incorporando sonidos. Se pueden realizar inhalaciones y espiraciones nasales y bucales, reteniendo el aire. También retener progresivamente el aire dentro de la boca o nariz. Además pueden incluirse inspiraciones rápidas, lentas o profundas, dejando salir el aire rápidamente.</li> <li>✓ Soplar bolas de papel: Deben colocarse bolitas de papel o polietileno, también se pueden</li> </ul>	<p>“La variedad de dificultades con el diagnóstico, las intervenciones de retraso o trastorno primario del habla y el lenguaje pueden adoptar muchas formas. Law y cols. (2000) definen los enfoques de la intervención mediante tres categorías: didáctica (adiestramiento directo de comportamientos lingüísticos), naturalista (enseñanza al niño para responder eficazmente a las exigencias lingüísticas del medio) e híbrido (una combinación de didáctica y naturalista). Estos términos proporcionan un marco útil para subrayar los enfoques de la intervención, a pesar de que un terapeuta puede usar un enfoque</p>

emplear velas, tumbar torres de papel con soplidos y utilizar pajillas para aspirar agua o limonada. Otra estrategia divertida es soplar burbujas de jabón.

- ✓ Pronunciar vocales: Para realizar la pronunciación debe inhalar lentamente por la nariz, retener el aire y luego exhalar lentamente mencionando las 5 vocales. También puede aumentarse la velocidad, de acuerdo a como se maneje el aire.
- ✓ Ejercicio de ritmo: En los problemas del lenguaje, el ritmo es esencial de tratar, para que puedan articularse correctamente las palabras. Para realizarlo, se pueden dar pequeños golpes a una mesa o tambor, y luego pedirle que imite los sonidos con la voz, de esta manera podrá adaptarse al ritmo.
- ✓ Ejercicio de la lengua: Abarcan diversidad de movimientos con la lengua, ideales para los problemas del lenguaje en los que se ve afectada la articulación de algunos fonemas. Pueden realizarse giros con la lengua en todas las direcciones, estirar la lengua, llevarla al paladar superior, comer goma de mascar y tocar todos los dientes con la punta de la lengua.
- ✓ Ejercicios de los labios: Se pueden realizar sosteniendo un palillo con los labios, sin introducirlo completamente a la boca. También pueden apretarse y aflojarse, separarlos y juntarlos rápidamente. Realizar el sonido de la letra P con los labios repetidamente.

ecléctico y adaptar las intervenciones según la respuesta del cliente.”<sup>53</sup>



<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ejercicios faciales: Inflar las mejillas y desinflarlas, luego de retener el aire algunos segundos. También pueden alternarse las mejillas, primero del lado izquierdo y luego inflar la derecha. Además puede retenerse el agua en la boca y soltar lentamente.</li> <li>✓ Articular frases: Pueden utilizarse frases completas, poesías, trabalenguas o cuentos cortos, de esta manera el niño repetirá las sílabas y frases, una y otra vez hasta articular de manera correcta las mismas. Este ejercicio ayuda a mejorar los problemas del lenguaje.</li> </ul>	
<p><b>5. Aumentar los sistemas de apoyo.</b> (Independiente)</p> <p><u>Acciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.</li> <li>✓ Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</li> <li>✓ Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</li> <li>✓ Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.</li> <li>✓ Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.</li> <li>✓ Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.</li> <li>✓ Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.</li> </ul>	<p>“La intervención puede tener lugar en muchos medios diferentes, por ejemplo, el hogar, la escuela o el consultorio y puede variar en cuanto a duración e intensidad de acuerdo con los recursos disponibles, las necesidades percibidas por el niño y las políticas de los servicios individuales de terapia del habla y el lenguaje. La intervención también puede administrarse indirectamente a través de una tercera persona o directamente a través del médico. La intervención directa se centra en la terapia del niño de forma individual y dentro de un grupo de niños reunidos según la edad, las necesidades de los niños que requieren terapia y las instalaciones disponibles. La intervención indirecta a menudo se percibe como un enfoque más naturalista, donde los adultos</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.</li> <li>✓ Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.</li> </ul>	<p>facilitan la comunicación en el medio del niño. Tradicionalmente, este enfoque se usa para crear un medio comunicativo óptimo para el niño, al promover una interacción positiva entre padres e hijos. Los enfoques indirectos se utilizan cada vez más dentro de un rango de contextos, donde los terapeutas del habla y el lenguaje adiestran a los profesionales y a los cuidadores que trabajan con los niños y proporcionan programas o asesoramiento sobre cómo incrementar el medio comunicativo del niño y mejorar los intentos comunicativos.”<sup>53</sup></p>
---	---

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente por seguimiento de consulta externa en donde se contaron con todos los recursos materiales.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería para estimular el lenguaje para mejorar su comunicación verbal.

**Resultado:** La dependencia de la necesidad disminuyó de un grado 5 a un grado de dependencia 3, ya que se capacitó a la madre para que continúe con la estimulación verbal, sin embargo se continúa en seguimiento para lograr su independencia.



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



### PLAN DE INTERVENCIONES

**Nombre:** N. G. E. **Fecha de Identificación:** 22-Nov-17

**Edad:** 11 años 6 meses **Nivel Grado de dependencia:** 3

**Sexo:** Masculino **Rol de Enfermería:** Ayuda

**Servicio:** Cardiovascular **Tipo de prioridad:** Alta

**Necesidad:** Higiene **Fuente de la dificultad:** Conocimiento

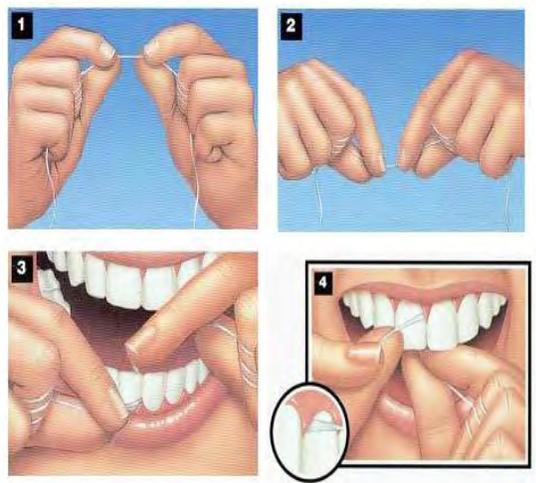
**Diagnóstico de Enfermería:** Alteración en la higiene bucal R/C falta de conocimientos de la técnica de cepillado dental M/P verbalización de no saber la técnica y presencia de caries en molares inferiores.

**Objetivo:** El adolescente mejorara su higiene bucal a través de la enseñanza de cuidados dentales en un lapso no mayor de 1 semana.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>1. Valorar la necesidad de higiene</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Llevar a cabo una valoración exhaustiva de la higiene corporal.</li> <li>✓ Identificar problemas reales o potenciales.</li> </ul>	<p>“La higiene tiene por objeto conservar la salud y prevenir las enfermedades, es por ello que se deben cumplir ciertas normas o hábitos de higiene tanto en la vida personal de cada quién como en la vida familiar, en el trabajo, la escuela, la comunidad. La higiene trata sobre las medidas para prevenir y mantener un buen estado de salud.”<sup>54</sup></p>
<p><b>2. Valorar la higiene bucal</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interrogar sobre la frecuencia del cepillado dental al día.</li> <li>✓ Interrogar si los productos que utiliza para el cepillado dental son los adecuados.</li> </ul>	<p>“La Salud oral es una parte integral de la Salud general del niño. Los problemas más prevalentes con respecto a la Salud bucodental en la niñez son las alteraciones en el crecimiento y desarrollo bucodental, y la caries. El primero se relaciona con hábitos orales incorrectos, patrones alimentarios inadecuados y/o una adquisición tardía</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interrogar sobre factores que influyan para que no haya un cepillado dental apropiado.</li> <li>✓</li> </ul> 	<p>de la masticación, que puede propiciar el desarrollo de maloclusiones. El segundo problema, la caries, es actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, presentando graves repercusiones en la Salud en general del niño, como dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas a urgencias, incluso una disminución en su desarrollo físico, alto coste de tratamiento y disminución en la calidad de vida en relación con la Salud oral”.<sup>55</sup></p>
<p style="text-align: center;"><b>3. Enseñar al adolescente la técnica de Bass modificada para el cepillado dental.</b></p> <p>(Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilizar un cepillo dental de cerdas semisuaves 30-40 rectas.</li> <li>✓ Explicar la técnica adecuada de cepillado dental:</li> <li>✓ Cepílese los dientes mínimo dos veces al día con un cepillo de cerdas suaves. El tamaño y la forma del cepillo deben adaptarse a su boca y permitirle llegar a todas las zonas con facilidad.</li> <li>✓ Sustituya el cepillo de dientes cada tres o cuatro meses, o antes si se las cerdas se desgastan. Un cepillo de dientes desgastado no servirá para limpiar los dientes.</li> <li>✓ Asegúrese de usar una pasta dentífrica fluorada.</li> <li>✓ Coloque el cepillo de dientes formando un ángulo de 45° con las encías.</li> </ul>	<p>“Se entiende como cepillado dental eficaz la eliminación mecánica de la placa dental supragingival y subgingival (sulcular o crevicular), llevada a cabo en el ámbito doméstico por el propio individuo o, si sus capacidades psicomotrices están limitadas, por los cuidadores del mismo. Es una práctica que se incluye entre las normas higiénicas consideradas socialmente como imprescindibles. Involucra el compromiso de las tres áreas de la conducta, tanto en el profesional como en el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Área cognitiva: porque para desarrollarse necesita fundamentarse en el conocimiento de la etiología de la caries.</li> <li>-Área procedimental (de las destrezas): porque requiere la incorporación de un hábito motor.</li> <li>-Área actitudinal: porque implica alcanzar o poseer adecuada motivación y cambios de conducta duraderos.”<sup>56</sup></li> </ul> <p>“Los cepillados de la lengua y del paladar ayudan a disminuir los detritos,</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mueva el cepillo adelante y atrás suavemente con movimientos cortos que cubran los dientes por completo.</li> <li>✓ Cepille los dientes por las superficies exteriores, las interiores y las de masticar.</li> <li>✓ Para limpiar las superficies interiores de los dientes frontales, incline el cepillo en sentido vertical y realice varios movimientos arriba y abajo.</li> <li>✓ Cepílese la lengua para eliminar las bacterias y mantener el aliento fresco.</li> <li>✓ Enjuague hasta quitar todo tipo de residuo de la pasta.</li> </ul>	<p>la placa y la cantidad de microorganismos orales.”<sup>57</sup></p> 
<p style="text-align: center;"><b>4. Enseñanza de hilo dental</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tome unas 18 pulgadas de hilo dental y enrolle la mayor parte del hilo alrededor de uno de los dedos medios. Enrolle el hilo restante alrededor del mismo dedo de la otra mano.</li> <li>✓ Este dedo enrollará el hilo a medida que se ensucie.</li> <li>✓ Sostenga el hilo tirante entre los dedos pulgares e índices.</li> <li>✓ Guíe el hilo entre los dientes con un movimiento de frotación suave. Nunca fuerce el hilo hacia las encías.</li> </ul>	<p>“El uso correcto del hilo dental elimina la placa y las partículas de comida de lugares que el cepillo dental no puede alcanzar fácilmente: debajo de la encía y entre los dientes. Como la acumulación de placa puede provocar caries y enfermedades de las encías, se recomienda el uso diario de hilo dental.”<sup>58</sup></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuando el hilo llegue a la línea de las encías, cúrvelo alrededor de cada diente formando una "C".</li> <li>✓ Deslice suavemente el hilo en el espacio entre la encía y el diente.</li> <li>✓ Sostenga el hilo tirante contra el diente.</li> <li>✓ Frote suavemente los lados de cada diente con un movimiento de arriba hacia abajo.</li> <li>✓ Repita esta técnica en el resto de los dientes.</li> <li>✓ No se olvide de la parte posterior del último diente.</li> </ul>	 <p>“Mantener en condiciones saludables la cavidad oral a fin de evitar que microorganismos presentes en infecciones de origen bucal pasen al interior del organismo y produzcan una patología a distancia.”<sup>59</sup></p>
<p><b>5. Reevaluar la técnica de higiene bucal que realiza el adolescente cada mes.</b> (Independiente) <u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar la técnica de cepillado dental adecuado.</li> <li>✓ Valorar la técnica de cepillado dental adecuado.</li> <li>✓ Inspecciones la integridad de las mucosas orales.</li> <li>✓ Inspeccionar la presencia de caries o alguna anomalía bucal.</li> </ul>	

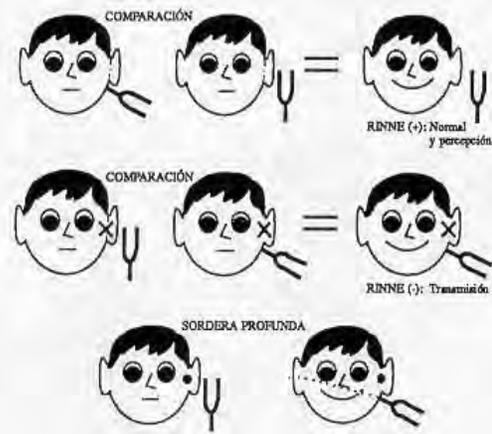
## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente por seguimiento de consulta externa en donde se contaron con todos los recursos materiales.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería para enseñar la técnica de cepillado dental así como también de la utilización del hilo dental para aumentar la higiene bucal.

**Resultado:** La dependencia de la necesidad disminuyó de un grado 3 a un grado de independencia 2, ya que se capacito al adolescente y a la madre para un cuidado



<p>áreas de conocimiento (cognitivo y psicomotor).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar los 12 pares craneales</li> </ul>	<p>habilidades cada vez más complejas, muchas de ellas de tipo académico, que influyen en su adaptación social (Nicasio García, 1995; 103)".<sup>60</sup></p>
<p><b>2. Valorar la función auditiva</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Llevar a cabo una exploración física mediante el método clínico.</li> <li>✓ Valorar mediante la técnica de Weber y Rinnie con el diapasón.</li> <li>✓ Valorar el equilibrio por medio de la prueba de Romberg.</li> </ul>  <p>The diagram shows three scenarios of hearing tests using a tuning fork. The first row, labeled 'COMPARACIÓN', shows a normal hearing test (RINNE (+)) where the sound is heard better in the ear closer to the tuning fork. The second row, also labeled 'COMPARACIÓN', shows a conductive hearing loss test (RINNE (-)) where the sound is heard better in the ear further from the tuning fork. The third row, labeled 'SORDERA PROFUNDA', shows a deep sensorineural hearing loss test where the sound is heard in both ears but is significantly reduced in volume.</p>	<p>“Las patologías de audición afectan en el país a más 22 mil personas. La pérdida de audición en niños, que suele pasar inadvertida, puede causar problemas de comprensión, sociabilización y falta de desarrollo lingüístico, es por eso que su identificación a tiempo es clave. Si un niño tiene problemas de aprendizaje, un bajo rendimiento escolar o dificultades de lenguaje es necesario prestarle atención a su oído. La hipoacusia o pérdida de audición puede pasar inadvertida durante mucho tiempo, afectando la capacidad de aprendizaje y de comunicación del niño; ocasionando trastornos en su comportamiento, lenguaje y rendimiento escolar.”<sup>61</sup></p>
<p><b>3. Realizar un plan sobre el manejo del aprendizaje en coordinación con los docentes de la escuela en donde asiste.</b> (Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p>	<p>“En la etapa de primaria la finalidad es proporcionar a todos los niños una educación común con los elementos básicos relativos a la expresión oral, la lectura, escritura y cálculo así como una autonomía de acción en su entorno. La principal dificultad de esta etapa es la comprensión lectora, que será la consecuencia de la poca motivación del alumnado con hipoacusia.”<sup>62</sup></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recomendar que el adolescente sea sentado hasta adelante en las clases.</li> <li>✓ Estimular la integración social</li> <li>✓ Utilizar técnicas que aumenten el desempeño escolar: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lengua de señas: Es una lengua visogesticular, basado en el uso de las manos, la cara, los ojos, la boca y el cuerpo.</li> <li>-Lectura labio-facial: Es la habilidad de llegar a entender un lenguaje a través del movimiento de los labios.</li> <li>-Dactilología: Movimiento de los dedos que adquieren diferentes formas para caracterizar los sonidos del idioma.</li> <li>-Expresión facial: Movimientos de los ojos, pómulos, ensanchamiento de los cachetes, labios y lengua.</li> <li>-Expresión corporal: La lengua de señas exige el dominio del espacio, una misma seña con unos simples cambios de movimientos se convierte en otra y además cambiar el mensaje que se quiere transmitir.</li> <li>-Lengua: Es el medio fundamental de comunicación entre las personas.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>4. Cuidado de los oídos</b> (Independiente) <u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorizar la función auditiva.</li> </ul>	<p>“El oído necesita de diferentes cuidados que debemos tomar en cuenta para tener y mantener una buena salud auditiva y evitar que trastornos auditivos se presenten de manera precoz y como consecuencia repercutan en el desarrollo de las personas dentro de la sociedad. El cerumen es producido en la parte más</p>

- ✓ Instruir al paciente sobre las estructuras anatómicas del oído y su función.
- ✓ Monitorizar los signos y síntomas de disfunción referidos por el paciente (p. ej., dolor, hipersensibilidad dolorosa, prurito, alteraciones auditivas, acúfenos y vértigo).
- ✓ Informar a los progenitores sobre las vacunaciones que evitan la posibilidad de una hipoacusia neurosensorial (p. ej., vacunación contra la rubéola, el sarampión y la parotiditis).
- ✓ Limpiar el oído externo con un dedo envuelto en una gasa.
- ✓ Instruir al paciente sobre el modo de limpiar los oídos.
- ✓ Controlar la acumulación excesiva de cerumen.
- ✓ Instruir al paciente para que no use objetos extraños más pequeños que su punta del dedo (p. ej., bastoncillos de algodón, horquillas, palillos y otros objetos afilados) para la extracción del cerumen).
- ✓ Extraer el exceso de cerumen con el extremo retorcido de un paño mientras se tira de la oreja hacia abajo.
- ✓ Instruir al paciente sobre la relevancia de la protección auditiva durante la exposición persistente a ruidos intensos.
- ✓ Recomendar el uso de tapones para los oídos al nadar si el

externa del conducto auditivo externo por unas glándulas especializadas para este propósito. Su función es la de proteger al oído de hongos, bacterias e insectos que puedan lastimar o producir infecciones en el oído. Tanto la falta de cera como la producción excesiva de la misma pueden provocar un problema en el oído y hasta en la audición.”<sup>63</sup>



paciente es susceptible a las infecciones de oído.	“Debido a que en México nacen aproximadamente 6,000 niños con alteraciones auditivas de diferentes
<p><b>5. Aumentar los sistemas de apoyo</b> (Independiente) <u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dar a conocer escuelas para niños con hipoacusia.</li> <li>✓ Explicar actividades o deportes que puede practicar</li> </ul> <p>Brindar mayor seguridad para que tenga una integración social adecuada.</p>	<p>grados, lo que repercute en su desarrollo personal y académico, la Ciudad de México contará este año con la primera escuela pública para sordos o personas con discapacidad de este tipo.”<sup>64</sup></p>

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente, donde se contaron con todos los recursos materiales disponibles.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería para disminuir la dependencia de la necesidad de aprendizaje aumentando el desempeño escolar.

**Resultado:** La dependencia de la necesidad continúa en grado 3, puesto que es difícil que se lleven a cabo las técnicas para favorecer el aprendizaje y se continúa con comunicación hacia el familiar para que le sea posible que el adolescente asista a una escuela de niños con hipoacusia para lograr la independencia de esta necesidad.



<p>distractores, entre otros) gestos, entorno, etc.</p>	
<p><b>2. Realizar el manejo del juego en el hospital diariamente</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar al cuidador primario así como al adolescente de las diferentes actividades que se pueden realizar en el hospital.</li> <li>✓ Fomentar el juego para disminuir la incertidumbre así como el miedo que puede existir en los pacientes.</li> <li>✓ Favorecer los sentimientos de competencia y obtener que los resultados sean gratificantes.</li> </ul>	<p>“Con base en el efecto inherente que genera el juego en el momento en que se realiza, y basado en su poder curativo, es posible aceptar que tiene una función valiosa en el medio hospitalario. Son valiosos los buenos efectos psicológicos que tiene el juego: reduce la angustia del niño durante los tratamientos médicos 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.”<sup>66</sup></p>
<p><b>3. Proporcionar terapia de entretenimiento</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explorar la importancia de actividades recreativas que tiene para el adolescente durante su hospitalización.</li> <li>✓ Planificar junto con el adolescente las actividades lúdicas para realizar.</li> <li>✓ Comprobar capacidades físicas y cognitivas para determinar los tipos de juego.</li> <li>✓ Obtener los recursos propios para cada actividad.</li> <li>✓ Proporcionar un entorno seguro.</li> </ul>	<p>“Un hospital pediátrico es su población y por ello debe de contar con un espacio destinado específicamente al juego: una ludoteca en la que se les apoye y se les comprenda. Con las ludotecas el hospital pediátrico completa plenamente su justificación, tarea, funciones y compromiso con la infancia. El juego es una actividad que, compartida entre el adulto y el niño, es una de las facetas del amor. Los niños que juegan se adaptan al juego y aceptan sus reglas, sus normas; es decir, sus leyes.”<sup>66</sup></p>
<p><b>4. Establecer la terapia de juego por las tardes</b> (Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Juegos con muñecos mascota, a través de los cuales se exteriorizan pensamientos o</li> </ul>	<p>“El juego permite que los niños cumplan con sus tratamientos y, al mismo tiempo, puede ser la causa de la transformación del hospital en escenario de juego. Al jugar el niño comprende que su estancia allí, lúdicamente, incluye sus códigos mentales y transforma su estado de</p>

<p>sentimientos difíciles de expresar, se trata de muñecos con personalidad propia y que no resultan atemorizantes para el niño que se utilizan con distintas finalidades: explicarles las enfermedades, recibir a los que van a ser ingresados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los videojuegos en el hospital pueden informar acerca de cómo se utiliza distinto instrumental médico, o cómo se puede sentir el paciente durante los procedimientos médicos, normalmente son bien aceptados por los niños puesto que los utilizan en su vida cotidiana.</li> <li>✓ Actividades con pintura y arcilla, que son materiales agradables y relajantes, que permiten descargar la agresividad que conlleva la situación.</li> <li>✓ Actividades de relajación a través de la fantasía dirigida y la música.</li> <li>✓ Narraciones, a través de las mismas se favorece el juego grupal, potenciando la interacción entre los niños, éstas se pueden inventar, completar, cambiar, escribir, dibujar.</li> <li>✓ Realizar Collage</li> <li>✓ Juegos con ordenador e Internet.</li> <li>✓ Talleres de distinto tipo como globoflexia, magia, maquillaje, creación de pulseras con abalorios, cuero, etc.</li> <li>✓ Rompecabezas</li> <li>✓ Juegos de mesa</li> </ul>	<p>enfermedad a través de relaciones sociales positivas con otros niños y con el personal médico y de enfermería, por lo tanto, el juego tiene gran importancia.”<sup>66</sup></p> 
<p><b>5. Aumentar los sistemas de apoyo en coordinación con el servicio de voluntariado.</b> (Interdependiente) <u>ACCIONES</u></p>	<p>“El trabajo del voluntariado ha sido considerado uno de los “cimientos” de la diplomatura, todavía joven, de Educación</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brindar información al cuidador primario y al adolescente acerca del apoyo del voluntariado en el hospital.</li> <li>✓ Acercarnos al servicio de voluntariado para colaborar en conjunto con el adolescente.</li> <li>✓ Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.</li> <li>✓ Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.</li> </ul>	<p>Social, y lo cierto es que, lentamente, la figura del educador social comienza a contemplarse en el ámbito hospitalario. Las tareas de animación suelen realizarse, al menos, una vez a la semana, y normalmente durante una o dos horas. A los voluntarios les suelen resultar difícil compatibilizar su vida personal, profesional y de colaboración, por lo que cuando llegan al hospital, suelen emplearse a fondo.”<sup>67</sup></p>
--	--

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente, donde se contaron con todos los recursos materiales disponibles, con ayuda del servicio de voluntariado, así mismo se consiguió que el adolescente conociera el arca.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería para disminuir la dependencia de la necesidad de recreación.

**Resultado:** La dependencia de la necesidad disminuyó de un grado 5 a un grado 2, puesto que el adolescente fue cooperativo para todas las actividades lúdicas que se realizaron, así mismo se pudo tener acceso a que el adolescente tuviera un videojuego en su cubículo y se obtuviera muchos momentos agradables donde se pudo olvidar un poco de su situación actual.



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



### PLAN DE INTERVENCIONES

**Nombre:** N. G. E. **Fecha de Identificación:** 22-Nov-17

**Edad:** 11 años 6 meses **Nivel Grado de dependencia:** 3

**Sexo:** Masculino **Rol de Enfermería:** Ayuda

**Servicio:** Cardiovascular **Tipo de prioridad:** Media

**Necesidad:** Creencias y Valores **Fuente de la dificultad:** Voluntad

**Diagnóstico de Enfermería:** Sufrimiento espiritual R/C falta de voluntad para aceptar muerte de la abuela materna M/P depresión, facies de tristeza.

**Objetivo:** El adolescente no presentará sufrimiento espiritual a través de terapia emocional que recibirá durante su hospitalización.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>1. Valorar la necesidad de creencias y valores.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar la entrevista al cuidador primario y al adolescente a través de la historia clínica para 13 a 18 años.</li> <li>✓ Llevar a cabo la valoración focalizada de la necesidad de creencias y valores (religión que profesan, como la practican, valores que conoce y lleva acabo, concepto de muerte.)</li> </ul>	<p>“El individuo, la familia y los grupos sociales, contienen valores, creencias, dotadas de un dinamismo propio y constante según un tiempo y espacio que condicionan las manifestaciones humanas y que determinan sus comportamientos por lo que la enfermera debe valorar siempre y dentro de su función, debe de respetar todas las religiones y creencias y a su vez facilitar la asistencia necesaria.”<sup>15</sup></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observar facies de tristeza, angustia, entre otros.</li> </ul> <p><b>2. Brindar apoyo espiritual al adolescente en conjunto con psicología.</b> (Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.</li> <li>✓ Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual.</li> <li>✓ Animar al adolescente a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales.</li> <li>✓ Tratar al paciente con dignidad y respeto.</li> <li>✓ Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.</li> <li>✓ Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con</li> <li>✓ las preferencias.</li> <li>✓ Expresar simpatía con los sentimientos del adolescente.</li> <li>✓ Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos.</li> </ul>	<p>“Este tipo de ayuda espiritual puede ser considerado como un tipo de asistencia que permita a los sujetos religiosos que atraviesan duelos por pérdidas de seres queridos, lograr una mayor comprensión del sentido de la vida, estimular en ellos una conexión más positiva consigo mismos y con los demás y con el presente en cada religión.”<sup>68</sup></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>“El duelo es un proceso adaptativo normal ante la pérdida de un ser querido. Este proceso es necesario para</p>
<p><b>3. Dar apoyo para que el adolescente facilite el duelo</b> (Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar la pérdida.</li> <li>✓ Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de apego la persona que se ha perdido.</li> </ul>	<p>adaptarse a la nueva situación, y reencontrar el equilibrio roto a raíz de la pérdida y termina con la aceptación de la nueva realidad (elaboración del duelo). En nuestra cultura, en general el duelo se refiere a la pérdida de un familiar y/o de un ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.</li> <li>✓ Escuchar las expresiones de duelo.</li> <li>✓ Fomentar la expresión de experiencias de pérdidas anteriores.</li> <li>✓ Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales.</li> <li>✓ Explicar las fases del proceso de duelo.</li> <li>✓ Incluir al cuidador primario en las charlas y decisiones,</li> <li>✓ Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento.</li> <li>✓ Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas</li> <li>✓ y sociales asociadas con la pérdida.</li> <li>✓ Responder a las preguntas de los adolescentes relacionadas con la pérdida.</li> <li>✓ Utilizar palabras claras, como <i>muerte</i> o <i>muerto</i>, en lugar de eufemismos.</li> <li>✓ Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda como escribiendo, dibujando o jugando.</li> <li>✓ Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de duelo.</li> </ul>	<p>proceso psicológico evolutivo, consecutivo a la pérdida.”<sup>68</sup></p>  <p>“La importancia del cuidado espiritual dentro del quehacer de la enfermera es innegable. El profesional de enfermería debe mostrar un alto sentido de</p>
<p><b>4. Facilitar el crecimiento espiritual</b> (Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el</li> </ul>	<p>compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano. La vivencia de la espiritualidad se presenta como una luz en la búsqueda de brindar un cuidado de calidad, cuidado que tiene que darse a</p>

<p>paciente, con la familia del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar la conversación que ayude al paciente a organizar los intereses espirituales.</li> <li>✓ Fomentar la relación con los demás para el compañerismo.</li> <li>✓ Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.</li> <li>✓ Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/ contemplativa para la autorreflexión.</li> </ul>	<p>partir del ser del profesional de enfermería que atiende a quienes sufren.”<sup>69</sup></p> <p>“La relación de la espiritualidad con el cuidado de enfermería ha estado presente de manera importante desde los inicios de la disciplina. En ese sentido, se señala que para Florence Nightingale el cuidado de la persona</p>
<p><b>5. Facilitar la práctica religiosa (católica) durante su hospitalización.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brindar un espacio para que el cuidador primario y el adolescente lleven a cabo una oración.</li> <li>✓ Permitir que el adolescente tenga dentro de sus cosas personales objetos que le ayuden a profesar su religión.</li> <li>✓ Dar información al cuidador primario de horarios y días de misa que se brinda en el hospital.</li> </ul>	<p>entera, incluyendo la parte espiritual, fue una de sus ideas principales. De igual manera, las enfermeras se han preocupado por dar este tipo de cuidado a sus pacientes, lo que se hace evidente a lo largo de la historia de la enfermería.”<sup>69</sup></p>

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente, donde se contaron con todos los recursos materiales, sin embargo muchas veces el ambiente del entorno no era el tanto discreto.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería, sin embargo no se logró contar con el servicio de psicología, pero se logró disminuir la dependencia de la necesidad de creencias y valores.



	<p>reducido % de casos, los conflictos alcanzaran una gran intensidad. Además estos adolescentes más conflictivos suelen ser aquellos niños y niñas que atravesaron una niñez difícil o en su defecto fueron abandonados por la figura paterna, ya que solo un 5% de las familias que disfrutaban en un clima positivo durante la infancia experimentarían problemas serios en la adolescencia. ( Steinberg, 2001)</p>
<p><b>2. Terapia familiar cada mes.</b> (Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilizar la historia clínica del paciente para fomentar el diálogo familiar.</li> <li>✓ Determinar los patrones de comunicación de la familia.</li> <li>✓ Dialogar sobre los sentimientos del adolescente hacia el padre.</li> </ul>	<p>“La diversidad en la realidad familiar, obliga a los profesionales del ámbito de la prevención familiar a analizar y aportar elementos desde la asunción de distintos modelos familiares para mejorar y promover intervenciones eficaces.”<sup>70</sup></p>
<p><b>3.Fomentar el apego</b> (Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mejorar la comunicación con el padre.</li> <li>✓ Mejorar el afecto de padre e hijo y viceversa.</li> </ul>	<p>“El apego o la vinculación de los hijos hacia los padres parecen estar determinado por la calidez y cercanía emocional y física en la relación, el apoyo y el soporte material y personal de las necesidades de los hijos, así como por la ausencia de los conflictos en la relación paterno - filial. Estas características se relacionan en otras como el tiempo que pasan juntos, la</p>

	comunicación y la implicación de los padres en los asuntos del hijo.” <sup>70</sup>
<p><b>3. Dar a conocer la importancia de la figura paternal.</b> (Independiente) <u>ACCIONES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dialogar acerca de lo trascendental que resulta tener un padre cerca.</li> <li>✓ Realizar hincapié de las ventajas que tendría poseer una buena relación con el padre.</li> </ul>	<p>“El padre no es cualquier figura de apego, es prioritariamente la otra figura de apego, otra en cuanto diferente cualitativamente a la figura materna. Madre y padre no son intercambiables porque son dos dimensiones diferentes de afectos y relaciones.”<sup>71</sup></p>
<p><b>5. Aumentar los sistemas de apoyo</b> (Independiente) <u>ACCIONES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.</li> <li>✓ Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</li> <li>✓ Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.</li> <li>✓ Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.</li> <li>✓ Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.</li> </ul>	<p>“Los centros de Red Local han de ser lugares en los que todas las familias se sientan acogidas, respetadas y apreciadas. Los protocolos han de ser abiertos para que cada familia pueda manifestar que personas lo componen y qué relación hay entre ellas.”<sup>72</sup></p>

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente y en seguimiento por consulta externa, donde se contaron con los recursos materiales disponibles.

**Proceso:** Las intervenciones especializadas se llevaron a cabo en conjunto con el servicio de psicología para lograr disminuir la dependencia en la necesidad de realización y mantener una relación padre – hijo adecuada.

**Resultado:** La dependencia de la necesidad continua en un grado de dependencia 3, ya que aún debe recurrir a terapia familiar toda la familia.

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



### PLAN DE INTERVENCIONES

**Nombre:** N. G. E.                      **Fecha de Identificación:** 22-Nov-17

**Edad:** 11 años 6 meses              **Nivel Grado de dependencia:** 3

**Sexo:** Masculino                      **Rol de Enfermería:** Ayuda

**Servicio:** Cardiovascular              **Tipo de prioridad:** Media

**Necesidad:** Nutrición e Hidratación **Fuente de la dificultad:** Conocimiento

**Diagnóstico de Enfermería:** Riesgo de desequilibrio nutricional R/C falta de conocimientos del cuidador primario en el plato de bien comer.

**Objetivo:** El adolescente disminuirá el riesgo de desequilibrio nutricional, a través de la enseñanza del buen comer al cuidador primario en un lapso no mayor a 1 semana.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>1. Valorar la necesidad de nutrición e hidratación</b>            (Independencia)  <u>ACCIONES</u>            ✓ Interrogar al cuidador primario acerca de antecedentes nutricionales (tiempo de</p>	<p>“La alimentación del adolescente debe favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo y promover hábitos de vida saludables para prevenir trastornos nutricionales. Esta etapa puede ser la última oportunidad de preparar nutricionalmente al joven para una vida</p>

<p>lactancia materna, inicio de ablactación, alergias alimenticias, grado de apetito, cantidad y frecuencia de comidas al día, cantidad de dientes, ingesta de vitaminas y la dieta que consume actualmente), tipos de bebidas que consume.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Exploración física mediante método clínico de cabello cejas, pestañas (características e implantación) ojos (coloración), boca (integridad, coloración, problemas de masticación o deglución), uñas (características, coloración), piel (coloración, turgencia), abdomen (forma, ruidos peristálticos, presencia de masas, palpación de hígado o bazo, ruidos timpánicos o mate.</li> <li>✓ Medición de peso, talla, perímetro braquial.</li> <li>✓ Valoración de glucosa y electrolitos séricos de acuerdo a parámetros normales para la edad.</li> </ul>	<p>adulta más sana. Se asiste a un cambio en la composición corporal diferente en función del sexo, con un notable incremento de la masa magra en los varones, y de la masa grasa en las mujeres, que hace que los requerimientos de energía y nutrientes no sólo sean muy elevados, sino diferentes en uno y otro sexo.”<sup>73</sup></p> <p>“El plato del buen comer es la herramienta gráfica que representa y resume los criterios generales que unifican y dan congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población opciones prácticas, con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades.</p> <p>-Verduras y frutas. Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud.</p>
<p><b>2. Enseñar el plato del buen comer mediante material didáctico.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presentarnos con el cuidador primario y paciente.</li> <li>✓ Explicarle las ventajas de una alimentación equilibrada.</li> <li>✓ Explicar al cuidador primario a dar alimentos saludables (frutas verduras).</li> </ul>	<p>resumen los criterios generales que unifican y dan congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población opciones prácticas, con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades.</p> <p>-Verduras y frutas. Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Limitar el contenido graso en alimentos.</li> <li>✓ Enseñar que el adolescente participe en la preparación de los alimentos.</li> <li>✓ Ofrecer cereales enriquecidos de hierro evitando el alto contenido de azúcar.</li> <li>✓ Enseñar a aumentar los alimentos con proteínas.</li> <li>✓ Evitar el uso de alimentos como recompensa.</li> <li>✓ Enseñar al cuidador primario a ser creativo en la preparación de las comidas.</li> <li>✓ Explicar la importancia de la ingesta de los tres grupos de alimentación del plato del buen comer.</li> </ul>	<p>-Cereales y tubérculos. Son fuente principal de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias, como: correr, trabajar, jugar, estudiar, bailar, etc., también son fuente importante de fibra cuando se consumen enteros.</p> <p>-Leguminosas y alimentos de origen animal. Proporcionan principalmente proteínas que son necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños, para la formación y reparación de tejidos.”<sup>74</sup></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>“El principal objetivo de las recomendaciones nutricionales en este periodo de la vida es conseguir un estado nutricional óptimo y mantener un</p>
<p><b>3. Realizar monitorización nutricional cada semana.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorizar la ingesta calórica y dietética.</li> <li>✓ Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.</li> <li>✓ Determinar los patrones de comidas (p. ej., gustos y aversiones alimentarias, consumo excesivo de comida rápida, comidas no realizadas, comer deprisa, interacción entre el progenitor y el adolescente durante la alimentación.</li> </ul>	<p>ritmo de crecimiento adecuado, lo que conducirá a mejorar el estado de salud en esta etapa y en la edad adulta y a prevenir las enfermedades crónicas de base nutricional que pueden manifestarse en etapas posteriores de la vida.”<sup>73</sup></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar las recomendaciones energética.</li> </ul>	
<p><b>4. Manejo del estado nutricional en conjunto con el servicio de nutrición.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>✓ Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>✓ Determinar las preferencias alimentarias del paciente.</li> <li>✓ Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).</li> <li>✓ Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>✓ Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables, si es necesario.</li> <li>✓ Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).</li> <li>✓ Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla.</li> <li>✓ Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo.</li> </ul>	<p>“Los estudios de requerimientos nutricionales en adolescentes son limitados, estableciéndose las ingestas recomendadas para este colectivo por extrapolación de los datos obtenidos en niños y adultos. En promedio las necesidades energéticas se calculan entre 2.750 kilocalorías en los chicos y 2.200 en las chicas, con 1.13 gramos de proteína por kilogramo de peso para los primeros y 1 gramo para las segundas.</p> <p>Se sabe también que en esta etapa aumentan las necesidades, debido al crecimiento, de hierro, vitamina A, vitamina D, vitamina C, ácido fólico y de calcio.”<sup>75</sup></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.</li> </ul>	
<p><b>5. Enseñar al cuidador primario una lista de alimentos recomendados para la edad así como distribución de alimentos en las diferentes comidas del día.</b> (Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar al adolescente y al cuidador primario los diferentes grupos alimenticios</li> <li>✓ Brindar un ejemplo de lo que puede consumir en un día en las diferentes comidas que consume.</li> <li>✓ Brindarle al cuidador primario una lista de alimentos recomendados para cada uno de los nutrientes.</li> </ul>	<p>“La dieta contendrá alimentos que tengan nutrientes en estas proporciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Del 12 al 15% de proteínas, y no deben ser inferior al 10%., de las que las dos terceras partes serán de origen animal y un tercio vegetal.</li> <li>-Un 30 a 35 % de grasas, no sobrepasando el 10% en saturados y se puede permitir hasta un 15 a 18% de monoinsaturados.</li> <li>-Los hidratos de carbono, fundamentalmente complejos, deben aportar mas del 50 % del total de la energía y por debajo del 8 al 10 % de azucares refi nados.</li> <li>-Además de las elevadas necesidades energéticas y proteicas, son altos los requerimientos en algunos minerales como hierro y calcio. La forma más adecuada de cubrir estas necesidades es mediante una dieta variada que incluya al menos medio litro de leche o derivados y en la que el 20- 25% de las calorías procedan de alimentos animales.”<sup>75</sup> (Figura 1 y 2). </li></ul>

**Figura 1**

<p><b>3 a 4 tazas</b> de leche, desnatada o semidesnatada si hay sobrepeso, o yogur para aportar calcio, vitamina D y riboflavina.</p>
<p><b>5 o más raciones</b> de frutas frescas, y o verduras congeladas, crudas o cocidas, principalmente amarillas, naranja, verdes oscuras o rojas.</p>
<p><b>2 raciones</b> (100 g cada una) de alimentos proteínicos magros como pollo, pavo, pescado, carne de ternera magra, carne de cerdo magra.</p>
<p><b>6 a 11 raciones</b> de panes y cereales (integrales preferentemente), pasta, arroz, patata, legumbres y otros alimentos ricos en carbohidratos complejos para satisfacer las necesidades energéticas.</p>
<p><b>Pequeñas cantidades</b> (menos de una vez al día) de alimentos ricos en grasa y en azúcar, como postres, refrescos, dulces, galletas, pasteles, etc. que tienen poco valor nutritivo.</p>

Fuente: Nutrición y Dietoterapia de Krause, Décima Edición, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2001

**Figura 2**

## Los ritmos alimentarios. Distribución de alimentos en las diferentes comidas del día

Las comidas	Características	¿Qué comer?
<b>El desayuno</b> Una de las comidas más importantes del día 	Debería cubrir, al menos, el 25% de las necesidades nutritivas de joven.	El desayuno admite una oferta de alimentos variada, pero para que tenga las mejores cualidades nutricionales debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un lácteo: leche con o sin azúcar o cacao, yogur, queso de cualquier modalidad, evitando los muy grasos...</li> <li>• Cereales: pan, tostadas, copos de cereales, galletas, magdalenas, bizcochos.</li> <li>• Una fruta o su zumo (cualquier variedad).</li> <li>• Mermeladas, miel.</li> <li>• Una grasa de complemento: aceite de oliva, mantequilla, margarina...</li> <li>• Y en ocasiones: jamón o un tipo de fiambre</li> </ul>
<b>A media mañana</b>	Como refuerzo de los alimentos consumidos en la primera hora del día.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una fruta, o</li> <li>• Un yogur, o</li> <li>• Un bocadillo de pan y queso</li> </ul>
<b>La comida</b> 	Al menos, ha de cubrir del 35 al 40% de las necesidades nutricionales diarias del adolescente.	Primer plato: pasta, arroz, legumbres, patatas o verduras Segundo plato: pescado, carne o huevos con ensalada Postre: fruta Pan Agua
<b>La merienda</b>	Complementa la dieta, pero no debe ser excesiva, para que mantengan el apetito a la hora de la cena.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lácteos, o</li> <li>• Frutas naturales, o</li> <li>• Bocadillos diversos</li> </ul>
<b>La cena</b> 	La cena se elegirá en función de los alimentos ya consumidos en las otras comidas del día. Debe ser consumida a una hora no muy tardía para evitar que la proximidad al momento del sueño impida que los jóvenes duerman bien.	Se sugiere: Purés, sopa o ensaladas, y, como complemento, carnes, huevos y pescados dependiendo de lo que se haya tomado en la comida del mediodía. Como postre: fruta y lácteos.
<b>Antes de irse a la cama</b>	Puede ser una alternativa eventual a la merienda.	Un vaso de leche

Preparado por: Teresa A. B. Escamez, M. A. B. Escamez, M. A. B. Escamez

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente, con seguimiento por consulta externa, donde se contaron con todos los recursos materiales.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería, para que el adolescente pudiera llevar una alimentación equilibrada. Se capacitó al cuidador primario (madre) sobre el plato del buen comer, así como enseñanza de alimentos que contienen importantes nutrientes para la edad (adolescencia).

**Resultado:** La dependencia de la necesidad disminuyó de un grado 3 a un grado de independencia 1, ya que en el seguimiento de la valoración de nutrición, la madre dominaba el plato del buen comer y se valora la dieta que lleva actualmente el adolescente, la cual es equilibrada y contiene alimentos de todos los grupos alimenticios, el paciente se encuentra en peso y talla dentro de percentil 50.



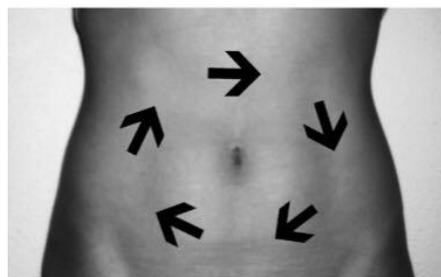
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar la exploración física mediante el método clínico del abdomen (tipo, forma, simetría, integridad, peristaltismo, masas y ruidos a la percusión). Así como de genitales (integridad de acuerdo a edad y sexo, malformaciones, entre otros).</li> <li>✓ Revisar estudios de laboratorio (EGO, Coproparasitoscopico, Cultivo).</li> <li>✓ Valoración mediante la Escala de Bristol y Escala de Tanner</li> </ul>	<p><b>ESCALA DE HECES DE BRISTOL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TIPO 1: Trozos duros separados, que pasan con dificultad. ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE</li> <li>TIPO 2: Como una salchicha compuesta de fragmentos. LIGERO ESTREÑIMIENTO</li> <li>TIPO 3: Con forma de morcilla con grietas en la superficie. NORMAL</li> <li>TIPO 4: Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. NORMAL</li> <li>TIPO 5: Trozos de masa pastosa con bordes definidos. FALTA DE FIBRA</li> <li>TIPO 6: Fragmentos pastosos, con bordes irregulares. LIGERA DIARREA</li> <li>TIPO 7: Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. DIARREA IMPORTANTE</li> </ul>
<p><b>2. Realizar un control intestinal diariamente.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anotar la fecha de la última defecación.</li> <li>✓ Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.</li> <li>✓ Monitorizar los sonidos intestinales.</li> <li>✓ Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.</li> <li>✓ Informar si hay disminución de los sonidos intestinales.</li> <li>✓ Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.</li> <li>✓ Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes previos.</li> <li>✓ Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.</li> <li>✓ Instruir al paciente/familiares a registrar el color, volumen,</li> </ul>	<p>“La Sociedad Norteamérica de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN) define al estreñimiento como el retraso o dificultad en la defecación, presente por 2 o más semanas, y suficiente para causar molestias al paciente. El estreñimiento no tan solo incluye observación objetiva del número de evacuaciones, el cual está sujeto al rango considerado normal de acuerdo a la edad, sino también a los hallazgos subjetivos como evacuación incompleta, dolor abdominal, evacuaciones gruesas o pequeñas, o la necesidad de manipulación digital.”<sup>76</sup></p>

<p>frecuencia y consistencia de las heces.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos, según corresponda.</li> <li>✓ Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras, según corresponda.</li> </ul>	
<p><b>3. Fomentar el ejercicio</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico.</li> <li>✓ Investigar experiencias deportivas anteriores.</li> <li>✓ Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.</li> <li>✓ Explorar los obstáculos para el ejercicio.</li> <li>✓ Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades, ya que es un paciente cardiópata y presenta fatiga al esfuerzo.</li> <li>✓ Realizar los ejercicios con el adolescente (caminata por 10 minutos por el servicio, diario).</li> <li>✓ Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.</li> <li>✓ Controlar el cumplimiento del programa/actividad de ejercicio por parte del adolescente.</li> </ul>	<p><del>“Los mecanismos fisiológicos que podrían explicar un aumento en el tránsito del colon asociado con el</del></p> <p>ejercicio no son totalmente claros e incluyen un aumento en la motilidad, modificaciones del flujo sanguíneo intestinal, y liberación de hormonas y péptidos gastrointestinales. No está claro hasta qué nivel de actividad física es necesario llegar para lograr el posible efecto beneficioso, tanto en la fisiología como en la respuesta clínica, pero está claro que es mejor el ejercicio que la vida sedentaria.”<sup>77</sup></p>
<p><b>4. Realizar masaje abdominal diariamente durante 25 minutos.</b> (Independiente)</p>	<p>“La terapia de masaje puede ser un tratamiento prometedor para el estreñimiento, aunque es preciso definir bien los tipos de masaje, ya sea el clásico y los de tipo Mayr Kur que han demostrado su efectividad. El movimiento peristáltico puede ser facilitado con la ayuda de masajes para ayudar al correcto tránsito intestinal. El</p>

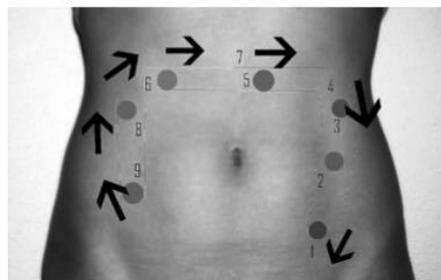
## ACCIONES

- ✓ Realizar lavado de manos previo contacto con el paciente.
- ✓ Presentarnos con el paciente y cuidador primario.
- ✓ Explicarle el procedimiento a realizar así como la importancia de llevarlo a cabo.
- ✓ Interrogar acerca de la última comida que ingirió, ya que el masaje se debe de dar 2 hrs. posteriores a la última comida.
- ✓ Pedirle que ingiera un vaso de agua para fluidificar el bolo fecal.
- ✓ Colocar al paciente en posición decúbito supino.
- ✓ Descubrir abdomen y preguntar si ha tenido molestias abdominales.
- ✓ Pedir al paciente que realice respiraciones con inspiración profunda incorporando el movimiento abdominal.
- ✓ Comenzar masaje realizando movimientos suavemente imitando la movilidad natural de los propios intestinos.
- ✓ Aumentar la intensidad progresivamente, el ritmo será lento y la dirección será conforme a las manecillas del reloj.
- ✓ Repetir las veces necesarias hasta completar los 25 minutos.
- ✓ Dejar cómodo al paciente.
- ✓ Interrogar si tiene alguna molestia.
- ✓ Realizar los registros correspondientes.
- ✓ Enseñar la técnica al cuidador primario para que lo pueda realizar oportunamente.

masaje debe realizarse suavemente imitando la movilidad natural de los propios intestinos, ya que maniobras intensas pueden estimular los reflejos viscerales interrumpiendo el movimiento peristáltico.”<sup>77</sup>



Masaje circular.



Masaje por pasos.

<p>✓ Retroalimentar dudas.</p> <p><b>5. Elaborar en coordinación de nutrición un manejo de la nutrición.</b> (Interdependiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>✓ Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>✓ Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.</li> <li>✓ Realizar un ejemplo de comida durante un día, rica en fibra. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Desayuno: manzana, naranjas o frutas de temporada. Horchata de almendras o de chufa. Pan con mermelada</li> <li>-Comida: ensalada con chucrut. Arroz integral vegetariano. Albóndigas de almendras</li> <li>-Cena: manzanas, fruta dulce de temporada. Acelga con patatas, pasas, piñones. Flan de agar-agar, leche de almendras.</li> <li>1 yogur natural – 1 litro de leche</li> </ul> </li> </ul>	<p>“Varios estudios observacionales han mostrado que la dieta baja en fibra se asocia con una mayor frecuencia de estreñimiento; por el contrario, las dietas ricas en fibra aumentan el volumen de las deposiciones y aceleran el tránsito intestinal. La suplementación de fibra en la dieta de 25-30 g/día se ha recomendado durante mucho tiempo como una medida importante en el manejo de los pacientes con estreñimiento. Para obtener mejores resultados, debe ingerirse la cantidad de líquido suficiente. Más que tomar salvado de trigo, es recomendable tomar el pan integral con levadura integral. Esto facilitará el tránsito intestinal, a la vez que no impedirá la absorción del calcio y hierro producida por los fitatos del salvado, pues la levadura del pan transforma estos fitatos.”<sup>77</sup></p>
---	--

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente, donde se contaron con todos los recursos materiales.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería en conjunto con el servicio de nutrición, donde se elaboró una lista que se le proporcione al cuidador primario de alimentos ricos en fibra.

**Resultado:** La dependencia de la necesidad disminuyó de un grado 3 a un grado de independencia 2, ya que en el seguimiento de la valoración de eliminación continúa con 2 evacuaciones al día, sin embargo los últimos días de su hospitalización sus evacuaciones aumentaron a 3 por día, así mismo refirió el cuidador primario que le fue muy útil la enseñanza del masaje abdominal.



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



### PLAN DE INTERVENCIONES

**Nombre:** N. G. E. **Fecha de Identificación:** 14-Oct-17

**Edad:** 11 años 6 meses **Nivel Grado de dependencia:** 3

**Sexo:** Masculino **Rol de Enfermería:** Ayuda

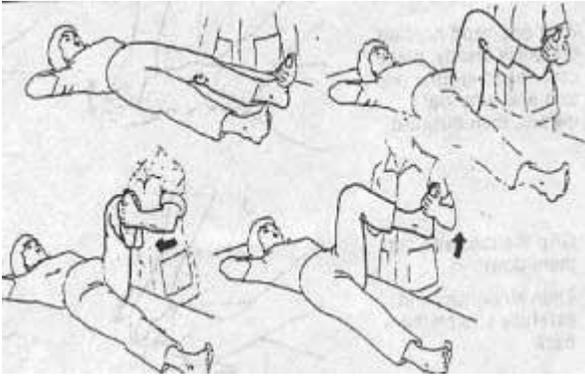
**Servicio:** Cardiovascular **Tipo de prioridad:** Media

**Necesidad:** Movimiento Y Postura **Fuente de la dificultad:** Fuerza

**Diagnóstico de Enfermería:** Riesgo de la alteración en la necesidad de movimiento y postura R/C disminución en la movilidad física por estado de salud actual.

**Objetivo:** El adolescente no presentara alteración en el movimiento, mediante técnicas terapéuticas de movilización en cama en lapso no mayor a 2 hrs.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>1. Valorar la necesidad de movimiento y postura semanalmente.</b>                      (Independiente)                      ACCIONES</p>	<p>“La capacidad de moverse libremente, con facilidad, con ritmo y con un fin determinado en el entorno, es un componente esencial de la vida. Las personas deben moverse para</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interrogar al cuidador primario acerca de desarrollo psicomotor desde el nacimiento.</li> <li>✓ Realizar la exploración física de acuerdo al método clínico de postura, marcha así como abducción, aducción, flexión, extensión, elevación, descenso, rotación, supinación, pronación de miembros pélvicos y torácicos.</li> <li>✓ Valorar reflejos (tricipital, bicipital, braquiorradial, rotuliano y aquiliano).</li> <li>✓ Valorar el tono muscular y la fuerza muscular mediante escalas establecidas.</li> </ul>	<p>protegerse de traumatismos y para cubrir sus necesidades básicas. La movilidad es fundamental para mantener la independencia.”<sup>78</sup></p>
<p><b>2. Realizar terapia de ejercicios pasivos de amplitud de movimiento cada 12 horas en conjunto con el servicio de fisioterapia.</b> (Interdependiente) <u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar el lavado de manos previo contacto con el paciente.</li> <li>✓ Explicar y comprobar que el cuidador primario entiende los motivos para hacer los ejercicios.</li> <li>✓ Establecer el plan terapéutico en conjunto con los profesionales de fisioterapia.</li> <li>✓ Colocar de preferencia al paciente en decúbito supino y exponer solo la extremidad que va a hacer el ejercicio para mantener el calor corporal del paciente.</li> <li>✓ Apoyar la extremidad del paciente por encima y por debajo de la articulación, para prevenir distensiones y lesiones.</li> <li>✓ Mover las partes del cuerpo despacio, suave y rítmicamente.</li> </ul>	<p>“Estos ejercicios mantienen o aumentan la fuerza muscular, la resistencia y ayudan a mantener la función cardiorrespiratoria de un paciente inmovilizado. También previenen el deterioro de las cápsulas articulares, la anquilosis y las contracturas (acortamiento permanente del músculo).”<sup>79</sup></p> 

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Repetir cada ejercicio entre tres y cinco veces, dependiendo del grado de tolerancia del paciente</li> <li>✓ Los ejercicios se deben hacer hasta el punto en que se encuentre una pequeña resistencia, pero no más allá y nunca hasta el punto en que provoquen molestias.</li> <li>✓ Los movimientos deben ser sistemáticos y seguir la misma secuencia durante cada sesión</li> <li>✓ Realizar una sesión al finalizar el baño y una más antes de dormir</li> <li>✓ Dejar cómodo al paciente en una posición manteniendo una postura que mantenga la alineación corporal.</li> </ul>	
<p><b>3. Realizar cambios de posición manteniendo la alineación corporal cada 2 horas.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comprobar que el colchón es firme y que tiene elasticidad suficiente para acoger y soportar las curvaturas naturales del cuerpo.</li> <li>✓ Comprobar que la cama está limpia y seca.</li> <li>✓ Colocar un dispositivo de soporte (almohadilla) en las zonas especificadas según la posición del paciente y de acuerdo al tamaño.</li> <li>✓ Evitar poner una parte del cuerpo, en particular una que tenga prominencias óseas, directamente sobre otra parte del cuerpo.</li> <li>✓ Planificar un calendario sistemático de 24 horas para los cambios de postura.</li> <li>✓ Posición Fowler</li> </ul>	<p>“Cualquier postura, correcta o incorrecta, puede ser perjudicial si se mantiene durante mucho tiempo. El cambio frecuente de postura ayuda a prevenir molestias musculares, una presión inadecuada que termine provocando úlceras por presión, daños de los nervios superficiales y de los vasos sanguíneos, y contracturas. Los cambios de postura también mantienen el tono muscular y estimulan los reflejos posturales.”<sup>78</sup></p> 

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Posición Decúbito Lateral Izquierdo con elevación de la cabecera a 30°</li> <li>✓ Posición Decúbito Lateral Derecho con elevación de la cabecera a 30°.</li> </ul> <p><b>4. Fomentar la mecánica corporal</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.</li> <li>✓ Determinar la comprensión del paciente acerca de la mecánica y ejercicios corporales (p. ej., demostración de técnicas correctas mientras se realizan actividades/ejercicios).</li> <li>✓ Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo.</li> <li>✓ Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.</li> <li>✓ Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anomalías musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular.</li> <li>✓ Instruir sobre la utilización de colchones/sillas o almohadas firmes, si es adecuado.</li> <li>✓ Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir</li> <li>✓ Ayudar al paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados</li> </ul>	<p>“La mecánica corporal trata del funcionamiento correcto y armonico del aparato musculoesqueletico en coordinacion con el sistema nervioso. El esqueleto tiene la capacidad de crecimiento, remodelacion (continuo recambio oseo) y reparacion de osteoblastos responsables de la sintesis de la matriz osea; de los osteocitos que se incorporan al hueso durante la formacion de la matriz osea y osteoclastos.”<sup>80</sup></p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorizar la mejora de la postura/mecánica corporal del paciente.</li> <li>✓ Proporcionar información sobre causas posibles de dolor muscular</li> <li>✓ o articular relacionadas con la postura.</li> </ul> <p><b>5. Educación al familiar para la asistencia de la necesidad de mantener movimiento y postura.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enseñar el rendimiento sistemático de los ejercicios pasivos o asistidos para mantener la movilidad articular.</li> <li>✓ Proporcionar un programa por escrito sobre el tipo, frecuencia y duración de los ejercicios, favorecer el uso de un gráfico o diagrama de los progresos para facilitar el cumplimiento terapéutico.</li> <li>✓ Hacer mención de los beneficios de la movilización continua sistematizada para las demás necesidades (Oxigenación, Nutrición y Eliminación)</li> <li>✓ Establecer el horario sistemático para realizar cambios de posición en conjunto con el cuidador primario para que el plan sea efectivo.</li> </ul>	<p>“El profesional de enfermería tiene que enseñar al paciente y/o familiar y hacerlo participe para mejorar los resultados de las intervenciones brindadas para mejorar la el movimiento y mantener una alineación corporal adecuada.”<sup>78</sup></p>
--	--

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente, donde se contaron con todos los recursos materiales (camilla, almohadillas).



<p>noches, tiempo y métodos para conciliar el sueño, influencia de emociones en la necesidad de descanso y sueño).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interrogar acerca de las características del entorno (características, si existen cambios que perjudiquen su patrón de sueño).</li> <li>✓ Realizar exploración física mediante el método clínico de: patrón del sueño del paciente, circunstancias físicas que interrumpen el sueño, sueño interrumpido o aumentos del sueño, disminución del sueño, signos físicos como bostezos, ojeras, enrojecimiento de la esclerótica; cambios de entorno que ayuden o impidan la satisfacción de esa necesidad (sonido, luz, temperatura, comodidad de la cama, almohada y ropa).</li> </ul>	
<p><b>2. Cuidados de la higiene del sueño</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar al cuidador primario y al adolescente sobre la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés, etc.</li> <li>✓ Establecer una rutina a la hora de dormir para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</li> <li>✓ Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales que llevaba a</li> </ul>	<p>“El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las que actividades cotidianas disminuye al tiempo que aumenta la irritabilidad. La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es</p>

<p>cabo el adolescente en casa para mejorar el sueño y descanso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de dormir para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.</li> <li>✓ Ayudar al adolescente a limitar el sueño durante el día disponiendo actividades lúdicas o juegos.</li> <li>✓ Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.</li> </ul>	<p>decir, restaurar el equilibrio natural entre los centros neuronales.”<sup>81</sup></p> <p>“El confort es la experiencia inmediata y</p>
<p><b>3. Manejo ambiental: confort</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.</li> <li>✓ Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas.</li> <li>✓ Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.</li> <li>✓ Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li> <li>✓ Proporcionar un ambiente limpio y seguro.</li> <li>✓ Determinar las fuentes de incomodidad, como ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</li> <li>✓ Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el adolescente.</li> </ul>	<p>holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para 3 tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físicos, psico-espiritual, sociales y ambientales). El proceso de hospitalización genera alteraciones en el confort relacionadas directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada, este confort traspasa la dimensión física y afecta el aspecto, psico-espiritual, ambiental y social.”<sup>82</sup></p> 

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.</li> <li>✓ Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.</li> <li>✓ Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).</li> <li>✓ Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento).</li> <li>✓ Disminuir el ruido en lo mayor posible</li> </ul>	<p>“El sueño afecta al entorno y al comportamiento social. Las partes del</p>
<p><b>4. Comodidad física</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantenimiento de las sábanas secas y suaves.</li> <li>✓ Utilización de ropa holgada y fresca para dormir.</li> <li>✓ Control de la temperatura de la habitación.</li> <li>✓ Ofrecimiento de mantas adicionales.</li> <li>✓ Higiene.</li> <li>✓ Mantenimiento de la piel limpia y seca.</li> <li>✓ Mantener una alineación o posición anatómicas correctas; cambiar frecuentemente de postura.</li> <li>✓ Cerrar las puertas de la habitación.</li> </ul>	<p>cerebro que controlan las emociones y la interacción social se relajan en las fases de descanso, proporcionando un rendimiento óptimo al despertarse. El sueño fortalece el sistema inmune, disminuyendo así la vulnerabilidad a las infecciones y enfermedades.”<sup>81</sup></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proporcionar una ventilación adecuada.</li> <li>✓ Control de ruidos: cerrar la puerta de la habitación del paciente, evitar ruidos fuertes y repentinos como desplazamiento de mobiliario, mantener conversaciones sin levantar la voz.</li> </ul> <p><b>5. Control del estado de animo</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.</li> <li>✓ Dirigirse al paciente de una forma tranquila, con voz suave y mirándolo a los ojos, para proporcionar seguridad cada que se realizara algún procedimiento invasivo.</li> <li>✓ Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína</li> <li>✓ Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se van de experimentar en cada procedimiento que se vaya a realizar.</li> </ul>	<p>“El proceso de hospitalización puede generar consecuencias para el desarrollo infantil, entre ellos los sentimientos de angustia, temor, miedo, impulsividad, inquietud, tristeza y ansiedad.</p> <p>Se sabe que, cuanto mayor el tiempo de estancia en el hospital, mayores serán las posibilidades de aparición de características que afectan negativamente el curso normal del desarrollo infantil, y se necesita la atención especial por parte de profesionales de la salud, para reducir los niveles de estrés a que estos niños son sometidos, así se puede suavizar las consecuencias negativas de la hospitalización y contribuir al proceso de recuperación.”<sup>83</sup></p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tratar de comprender la perspectiva del adolescente ante una situación estresante.</li> <li>✓ Proporcionar objetos que simbolicen seguridad para el adolescente.</li> <li>✓ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones con ayuda del cuidador primario como leer libros o jugar.</li> <li>✓ Observar si hay signos no verbales de ansiedad.</li> </ul>	
---	--

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad del paciente, donde se contaron con todos los recursos materiales (camilla, almohadillas).

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería donde se enseñó al cuidador primario a medidas para mejorar el descanso tales son disminuir el ruido, la luz, etc.

**Resultado:** La dependencia de la necesidad disminuyo de un grado 2 a un grado de independencia 1, ya que el adolescente refiere que descansa más y el cuidador primario si realiza las medidas que se explicó para mejorar el descanso.



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



## PLAN DE INTERVENCIONES

**Nombre:** N. G. E.

**Fecha de Identificación:** 22-Nov-17

**Edad:** 11 años 6 meses

**Nivel Grado de dependencia:** 1

**Sexo:** Masculino

**Rol de Enfermería:** Ayuda

**Servicio:** Cardiovascular

**Tipo de prioridad:** Baja

**Necesidad:** Vestido y desvestido

**Diagnóstico de Enfermería:** Disposición para mejorar el vestido y desvestido del adolescente de acuerdo a edad y clima.

**Objetivo:** El adolescente continuara vistiéndose independientemente diariamente y aprenderá a utilizar la ropa de acuerdo a la edad y clima.

<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>1. Valorar la necesidad focalizada de vestido y desvestido.</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Realizar la entrevista al cuidador primario acerca de las características de la ropa que usa el adolescente cuando hace frio o calor, así como los cuidados higiénicos que se le realiza a la ropa.</li><li>✓ Realizar la entrevista al adolescente acerca de su ropa preferida.</li><li>✓ Realizar la exploración física sobre la vestimenta de acuerdo a edad y sexo, el material, hábitos higiénicos, y fuerza y tono musculo esquelética para vestirse y desvestirse.</li></ul>	<p>“El cuerpo humano tiene la necesidad de estar protegido contra el frio, el viento, la humedad, el calor, los rayos ultravioleta y las inclemencias del tiempo. Protege al cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales. El único problema de dependencia que la satisfacción de esta necesidad conlleva es la inhabilidad de vestirse y desvestirse. Este problema se sitúa en dos niveles: el primer nivel está relacionado con la toma de decisiones frente a la elección de la ropa adecuada, y el segundo con la capacidad de vestirse y desvestirse relacionada al estado de salud del cliente.”<sup>12</sup></p> 
<p><b>2. Ayuda con el autocuidado: vestirse / arreglo personal</b> (Independiente)</p> <p><u>ACCIONES</u></p>	<p>“El psiquismo y el vestido están interrelacionados. El vestido refuerza la confianza en uno mismo y el sentimiento de identidad personal y social. El entorno representa, sin duda, uno de los elementos más determinantes en materia de vestido.”<sup>82</sup></p>

- ✓ Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- ✓ Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- ✓ Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- ✓ Proporcionar ropa personal, si resulta oportuno.
- ✓ Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- ✓ Facilitar que el paciente se peine,
- ✓ Mantener la intimidad mientras el paciente se viste
- ✓ Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.

**3. Enseñar al adolescente acerca del uso de ropa adecuada en época de primavera – verano.**  
(Independiente)

ACCIONES

- ✓ Jeans
- ✓ Chaquetas
- ✓ Camisas o camisetas del algodón de colores claros: neutrales como crema o pasteles, color chocolate (color más popular de la primavera), vibrantes como el rojo (color más popular en el verano).
- ✓ Bermudas
- ✓ Gorras, lentes de sol; para protección solar.
- ✓ Calzados abierto, de piel o loneta para evitar el sudor y la proliferación de hongos.



“Es fundamental que adaptemos el vestuario de nuestros hijos a la nueva estación. Una recomendación general para acertar con la cantidad de ropa que debemos ponerles es seguir nuestras propias sensaciones térmicas: ponerles ropa ligera y holgada cuando hace calor y tener disponible alguna chaquetilla por si refresca a las primeras o últimas horas del día.”<sup>84</sup>



“Las prendas térmicas corresponden a la primera capa de ropa que los niños deben

#### 4. Enseñar al adolescente acerca del uso de ropa en época de otoño – invierno.

(Independiente)

##### ACCIONES

- ✓ Chamarra, abrigos, gabardinas
- ✓ Jeans gruesos
- ✓ Pans gruesos
- ✓ Camisas o camisetas de algodón
- ✓ Chalecos
- ✓ Sueteres de lana
- ✓ Botas, tenis.
- ✓ Bufandas, gorros, guantes
- ✓ Pijamas de algodón.

de llevar. Esta se compone de una camiseta manga larga y un pantalón. Ambos van ceñidos a la piel y su función es absorber la humedad y mantener el cuerpo seco. El abrigo No tiene que ser demasiado grueso; sin embargo, es fundamental que sea impermeable y transpirable, forrado en vellón o en fibra sintética tipo “Polar Fleece” o “Polar Wool”. Ha de llevarse holgado, para asegurar la movilidad.”<sup>85</sup>



“La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social.”<sup>86</sup>

#### 5. Mejorar la imagen corporal

(Independiente)

##### ACCIONES

- ✓ Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.
- ✓ Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía.
- ✓ Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente.
- ✓ Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la pubertad,
- ✓ Ayudar al paciente a utilizar ropa que pueda ser cómoda



y cubrir su herida quirúrgica en tórax	
--	--

## EVALUACIÓN

**Estructura:** El plan de cuidados fue llevado a cabo en seguimiento por consulta externa, donde se contaron con todos los recursos materiales disponibles.

**Proceso:** Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas de enfermería para que el adolescente continuara en independencia en la necesidad de vestido y desvestido.

**Resultado:** Continúa en independencia en grado 1, sin embargo el adolescente logro reconocer la ropa adecuada para cada época del año.

## 7.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

En la etapa de ejecución y evaluación se inició el plan de intervenciones para lograr los objetivos establecidos. En la presente etapa se realizaron valoraciones al paciente para determinar si las intervenciones especializadas de enfermería basadas en fundamentación científica, para el logro del objetivo planteado en cada necesidad.

Se realiza en base a la estructura proceso y resultado del objetivo general y objetivos específicos que se describen al inicio del presente Estudio de Caso, así como de los objetivos de cada uno de los 14 Diagnósticos de Enfermería realizando una comparación sistemática respecto al estado de salud del paciente.

De acuerdo a la disminución del grado de dependencia de las necesidades se describe lo siguiente:

- Oxigenación se logró disminuir de un grado de dependencia 5 a un grado 3.
- Termorregulación de un grado de dependencia 4 a un grado de independencia 2.
- Seguridad y Protección disminuyo de un grado de dependencia 3 a un grado de independencia.
- Comunicación de un grado de dependencia 5 a un grado 3. -
- Higiene de un grado de dependencia 3 a un grado de independencia 2. -
- Aprendizaje se continúa en un grado 3, sin embargo se continúan con intervenciones para lograr su independencia. -
- Recreación de un grado de dependencia 5 a un grado de independencia 2. -
- Creencias y valores disminuyo de un grado de dependencia 3 a un grado de independencia 2. -
- Realización continúa en un grado 3 sin embargo se continúan con intervenciones para lograr su independencia.
- Nutrición e Hidratación disminuyo de un grado de dependencia 3 a un grado de independencia 1.
- Eliminación disminuyo de un grado de dependencia 3 a un grado de independencia 2.
- Movimiento y postura disminuyo de un grado de dependencia 3 a un grado de independencia 1.
- Descanso y sueño disminuyo de un grado de independencia 2 a un grado de independencia 1.
- Vestido y desvestido continua en un grado de independencia 1.

Se realizaron 14 seguimientos, de los cuales 5 fueron durante el internamiento del adolescente y 9 por seguimiento en consulta externa y vía telefónica, cabe mencionar que el cuidador primario así como el paciente siempre tuvieron disposición para elaborar el presente estudio de caso.

## VIII PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: G. N. E. Edad: 11 años 6 meses Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 08-Oct-17 Fecha de egreso: 24-Oct-17

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

-La curación de la herida quirúrgica del tórax es importante realizarla diariamente para evitar la aparición de infección.

-Toma de temperatura axilar 1 vez al día, para descartar fiebre

-Si el adolescente presenta fatiga, taquicardia, o presenta cianosis (coloración azul) al realizar actividad física.

2. Orientación dietética:

Al llevar a cabo el plan de intervenciones de nutrición se explicó debidamente el plato del buen comer, sin embargo se dio a conocer que hay que evitar carnes rojas por lo menos 15 días posteriores a la cirugía, ya que podría perjudicar el proceso de cicatrización de la herida quirúrgica

### 3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Via
Espironolactona	12.5 mg.	6 pm.	VO
Furosemide	20 mg.	6 am – 6 pm	VO
Captopril	12.5 mg.	6 am – 6 pm	VO

### 4. Registro de signos y síntomas de alarma:

(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

Presencia de fiebre (por arriba de 37.5°C), salida de secreción purulenta (amarilla o blanquecina) por la herida quirúrgica, eritema (coloración roja) en la periferia de la herida quirúrgica, abertura de los puntos de sutura. Acudir inmediatamente a urgencias del HIM.

5. Cuidados especiales en el hogar: (Heridas, Sondas, Estomas, Ejercicios, etc.). Antes de realizar el baño se debe de cubrir para que no caiga el agua sucia en la herida. Al terminar el baño se debe de limpiar con agua, ya sea de garrafón o hervida y gasas; se llevara acabo de arriba hacia abajo sin regresar al mismo sitio. Se evitara cubrir la herida si se encuentran dentro de casa, sin embargo si salen se casa hay que cubrirla con gasa y micropore.

Presentarse ocho días posteriores para retiro de puntos.

La comprensión del plan se valoró realizando una serie de preguntas al cuidador primario y al paciente, lo cual contestaron asertivamente la mayor parte de la información

6. Fecha de su próxima cita: 31-Oct-18

Nombre de la enfermera: L.E.O Morales Sánchez Brenda Alica

## IX CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

A través del presente estudio de caso, se evidencia la importancia de las intervenciones especializadas del profesional de enfermería basada en las teorías y modelos, así mismo se llevó a cabo el Proceso de Atención de Enfermería basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, el cual es importante para un cuidado especializado e individualizado en la edad pediátrica.

Respecto al objetivo general se logró, ya que se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería mediante una valoración general y focalizada en un adolescente con dependencia en sus necesidades por cardiopatía congénita. Se elaboraron 14

diagnósticos de enfermería, de los cuales 9 son reales, 4 de riesgo y 1 de bienestar, se jerarquizaron por nivel y grado de dependencia. Cabe mencionar que los objetivos se han cumplido en tiempo y forma, ya que se realizó la búsqueda de la mejor evidencia científica, se elaboraron los diagnósticos, así como la planificación y ejecución de los planes de intervenciones. Se realizó un plan de alta para fomentar el cuidado extrahospitalario, proporcionando un tríptico de la información más importante que tiene que conocer el adolescente y el cuidador primario.

Se sugiere la preparación y actualización del profesional de enfermería ya que es fundamental para brindar un cuidado de calidad y calidez, así como la especialización es importante para el manejo de pacientes pediátricos, ya que cada vez la demanda es mayor; es importante recalcar que las intervenciones de enfermería es de las cuestiones de mayor relevancia en la mejoría del estado de salud de los pacientes, es así como ese aspecto nos implica continuar con nuestra preparación profesional. De igual manera se sugiere que se fomente desde pregrado la elaboración de estudio de caso, ya que permite dar un cuidado individualizado de acuerdo a las necesidades afectadas de cada paciente.

# ANEXOS

**X ANEXOS**

**10.1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE 6 A 12 AÑOS.**

**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 6-12 años*

Nombre del alumno:

Fecha de entrega:

Servicio

I	
D	Nombre: _____ Edad _____
A	Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____
T	Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____
O	Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
S	Escolaridad del padre: _____ De la madre: _____ del Niño: _____
D	Religión: _____ La información es proporcionada por: _____
E	_____ Domicilio: _____
M	_____ Procedencia: _____
O	_____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____
G	
R	
Á	
F	
I	
C	
O	
S	

II Antecedentes familiares: Problemas de salud de padres, hermanos, tíos y abuelos: \_\_\_\_\_

Características de la vivienda: Propia: \_\_\_\_ Rentada: \_\_\_\_ Tipo de construcción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Servicios intradomiciliarios: \_\_\_\_\_

F \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

M Disposición de excretas: \_\_\_\_\_

I Descripción de la vivienda: \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_

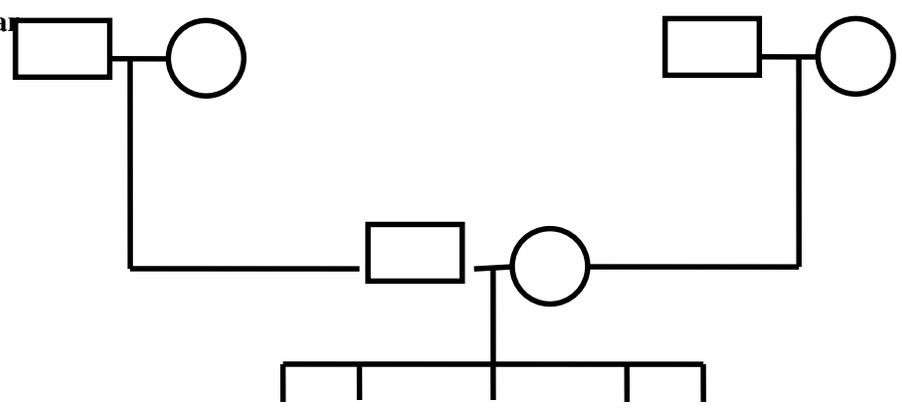
A Ingresos económicos de la familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medios de transporte de la localidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mapa familiar



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

**Símbolos**



Hombre	Mujer	Paciente problema
Fallecimiento	Relaciones fuertes	
Relaciones débiles	Relaciones con estrés	

**IV 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: \_\_\_\_\_

Se realizaron maniobras de resucitación: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta/hospitalización: \_\_\_\_\_

A  
N  
T  
E  
C  
E  
D  
E  
N  
T  
E

Algun miembro de la familia padece o padeció el problema de salud que tiene el niño: \_\_\_\_\_ ¿Quién?: \_\_\_\_\_  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_

El niño es alérgico: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_, Si la respuesta es sí, a qué es alérgico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: \_\_\_\_\_

S

**Alimentación**

Peso:\_\_\_\_\_ Talla:\_\_\_\_\_ Perímetro abdominal:\_\_\_\_\_ Torácico:\_\_\_\_\_ Del brazo:\_\_\_\_\_

El niño fue alimentado con: Leche materna:\_\_\_\_\_ Biberón:\_\_\_\_\_ Vaso:\_\_\_\_\_

¿Considera usted que el niño tiene poco\_\_\_\_\_ buen o mucho\_\_\_\_\_ apetito?

¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?

En el desayuno

En la comida

En la merienda

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los alimentos y bebidas que le disgustan son:\_\_\_\_\_

Tiene dieta especial:\_\_\_\_\_

Tiene alergias alimentarias:\_\_\_\_\_

Con quién acostumbra comer:\_\_\_\_\_

Cuáles son sus hábitos en las comidas:\_\_\_\_\_

Tiene problemas en mucosa oral:\_\_\_\_\_

Cuáles es el estado y cantidad de las piezas dentarias:\_\_\_\_\_

**Eliminación**

Orina: Clara:\_\_\_\_\_ Con sangre:\_\_\_\_\_ turbia:\_\_\_\_\_ Cantidad:\_\_\_\_\_ Cuántas veces orina al día:\_\_\_\_\_ Presenta molestias para orinar:\_\_\_\_\_

¿Cuáles?:\_\_\_\_\_

2	<p>Se orina en la cama por la noche: _____</p> <p>Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: _____</p> <p>Consistencia de las heces: Formada: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____</p> <p>Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con</p> <p>Parásitos: _____ Grumosa: _____</p> <p>Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____ Olor: acida: _____</p> <p>Fétida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos de alimentos: _____</p> <p>Dolor al evacuar: _____ Hábitos para evacuar: _____</p>															
3	<p style="text-align: center;"><b>Oxigenación</b></p> <p>Signos vitales: Tensión arterial _____ Frecuencia cardíaca: _____ Pulso: _____</p> <p>Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Aleteo nasal: _____</p> <p>Retracción xifoidea: _____ Disociación torácico-abdominal: _____</p> <p>Ruidos respiratorios: _____ Lado izquierdo: _____ Lado derecho: _____</p> <p>Ventilación: _____ Respiración asistida: _____ Controlada: _____</p> <p>Secreciones bronquiales</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Cantidad</th> <th>Consistencia</th> <th>Color</th> <th>Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por tubo Tranqueal/Nasal:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Por cavidad Oral/Nasal:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Humidificación y oxigenación: _____</p>		Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Por tubo Tranqueal/Nasal:	_____	_____	_____	_____	Por cavidad Oral/Nasal:	_____	_____	_____	_____
	Cantidad	Consistencia	Color	Olor												
Por tubo Tranqueal/Nasal:	_____	_____	_____	_____												
Por cavidad Oral/Nasal:	_____	_____	_____	_____												

Tiene dificultad para respirar:\_\_\_\_\_ Cuando camina:\_\_\_\_\_ Otros:\_\_\_\_\_

coloración de la piel: Color:\_\_\_\_\_ Integridad:\_\_\_\_\_ Diaforesis:\_\_\_\_\_

Petequias:\_\_\_\_\_ Rash:\_\_\_\_\_ Escoriaciones:\_\_\_\_\_

**Reposo-Sueño**

Horas de sueño:\_\_\_\_\_ Qué costumbres tiene antes de dormir: Con juguetes \_\_\_\_\_

A qué hora se duerme:\_\_\_\_\_ A qué hora se levanta:\_\_\_\_\_ Cuántas horas duerme con luz:\_\_\_\_\_ Con música:\_\_\_\_\_ Otras costumbres:\_\_\_\_\_

¿Con quién duerme?:\_\_\_\_\_ Tiene cuarto separado:\_\_\_\_\_ Despierta de noche:\_\_\_\_\_

Es sonámbulo: sí:\_\_\_\_\_ no:\_\_\_\_\_ Tiene pesadillas:\_\_\_\_\_ Duerme siesta:\_\_\_\_\_

Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo:\_\_\_\_\_ Letárgico:\_\_\_\_\_ Tranquilo:\_\_\_\_\_

Dormido:\_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos: Dolorosos:\_\_\_\_\_ Calor:\_\_\_\_\_ Frío:\_\_\_\_\_

Reflejos:\_\_\_\_\_

Respuesta pupilar:\_\_\_\_\_

**Vestido**

5	<p>Características de la ropa del niño: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbre en el uso del vestido: _____</p> <p>Otros enseres: _____ Significado del vestido: _____</p> <p>¿Como quién te gustaría vestir? _____</p> <p>¿Tienes suficiente ropa en el hospital? _____</p> <p>¿Te vistes sólo? Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____</p>
6	<p style="text-align: center;"><b>Temperatura</b></p> <p>Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es:</p> <p>Templada: _____ Fría: _____ Caliente: _____ ¿Su niño es friolento? _____ Está acostumbrado a que le tomen la Temperatura: Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, ¿cómo se la toman? _____</p> <p>_____</p>
7	<p style="text-align: center;"><b>Movimiento y Postura</b></p> <p>A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió los objetos con los ojos: _____</p> <p>Se sentó con ayuda: _____ Se sentó sólo: _____ Se paró: _____ Caminó: _____</p> <p>Saltó: _____ subió escaleras: _____ camina con ayuda de algún aparato ortopédico: _____ Qué postura adopta al sentarse: _____</p> <p>Al caminar: _____ Al dormirse: _____ Al pararse: _____</p> <p>Cuando está enfermo adopta una postura especial: _____ ¿Cuál? _____</p>

8	<p style="text-align: center;"><b>Comunicación</b></p> <p>¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? _____</p> <p>Cuántos hermanos son: _____ Hermanas: _____ Hay otras personas que viven en casa: _____ El niño vive con sus padres: _____ Papá: _____ Mamá: _____</p> <p>Hermano: _____ Pariente: _____ El niño usa anteojos: _____ Aparato Auditivo: _____ Algún otro aparato: _____ Describe el carácter de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Con quién acude el niño cuando le falta algo? _____</p> <p>¿Con quién hace la tarea?: _____</p> <p>Otros comentarios del niño o familiar: _____</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Higiene</b></p> <p>A qué hora acostumbra el baño: _____ Se baña sólo: _____ Con ayuda: _____</p> <p>9 Cuántas veces se cepilla los dientes: _____ Cuando se cepilla los dientes: _____</p>
	<p>Tiene prótesis dental: _____ Cuando fue la última visita al dentista: _____ Se peina solo (a): _____ Con ayuda: _____</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Recreación</b></p>

10	<p>¿Qué preferencia tiene el niño con los juegos?_____</p> <p>_____</p> <p>Los objetos:_____</p> <p>_____</p> <p>Con mascotas:_____</p> <p>Las personas:_____</p> <p>Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el niño:_____</p> <p>_____</p>
11	<p style="text-align: center;"><b>Creencia y religión</b></p> <p>¿Cuál es la práctica religiosa de la familia?_____ Cómo participa el niño en esa práctica:_____</p> <p>Para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad:_____</p> <p>_____</p> <p>Cuando alguien de la familia se enferma, qué hace usted (familiar) para mejorar el problema:_____</p> <p>_____</p> <p>Para el niño: ¿Por qué te enfermaste?_____</p> <p>_____</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Seguridad y protección</b></p>

12	<p>Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Puede usted participar en los cuidados del niño: Sí _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Cómo?: _____</p> <p>_____</p> <p>Diga los temores que tiene sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambios de domicilio, despido del padre en el trabajo: _____ Separación de los padres: _____</p>								
12	<p>Enfermedad crónica de algún familiar: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño ante los cambios: _____</p> <p>_____</p> <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Escuela: _____ Con vecinos y amigos de la familia: Sí _____ No _____</p> <p>.Toma medicamentos en el hogar, si los toma indique nombres, dosis y vía así como fecha de última toma:</p> <table border="0" data-bbox="310 1617 1526 1680"> <thead> <tr> <th data-bbox="310 1617 795 1659">Nombre del medicamento</th> <th data-bbox="795 1617 1120 1659">Dosis</th> <th data-bbox="1120 1617 1331 1659">Vía</th> <th data-bbox="1331 1617 1526 1659">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" data-bbox="310 1701 1526 1743">¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño? _____</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha	¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño? _____			
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha						
¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño? _____									
<b>Aprendizaje</b>									

13	<p>¿Su niño está acostumbrado a ir al jardín de niños: Sí _____ no _____</p> <p>Le gusta estar en casa: Sí _____ No _____ En la escuela: Sí _____ No _____</p> <p>Qué grado escolar cursa: _____ Cómo considera usted el aprovechamiento del niño: _____</p> <p>El niño estuvo hospitalizado antes: Sí _____ No _____ A que edad: _____</p> <p>¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización? _____</p> <p>¿Qué dice el niño sobre la hospitalización? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué costumbres nuevas tiene su niño? _____</p> <p>_____</p> <p>De qué tema le gustaría tratar con el personal de enfermería: Enfermedad: _____</p> <p>Tratamiento del niño: _____ Procedimientos: _____</p> <p>Convalecencia: _____</p> <p>Otros: _____</p>
----	---

**Realización**

¿Qué espera usted de su hijo?\_\_\_\_\_

¿Qué esperas de tus padres?\_\_\_\_\_

¿A quien de la familia su hijo imita?\_\_\_\_\_

Las precauciones del niño y las de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud:

\_\_\_\_\_

El niño forma parte de algún grupo social distinto al de la escuela: Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ ¿Cuál o cuáles?:\_\_\_\_\_

14

\_\_\_\_\_

Otros datos:

Como padre o tutor, qué sugiere para que el niño se adapte más fácilmente al hospital:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Opiniones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la enfermera:\_\_\_\_\_

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

**Análisis**

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

c:

**VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual).

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

<b>Fecha en la que se identifica</b>	<b>Diagnósticos de enfermería</b>	<b>Fecha de resolución</b>

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: \_\_\_\_\_

## 10.2 REPORTE DIARIO.



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



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

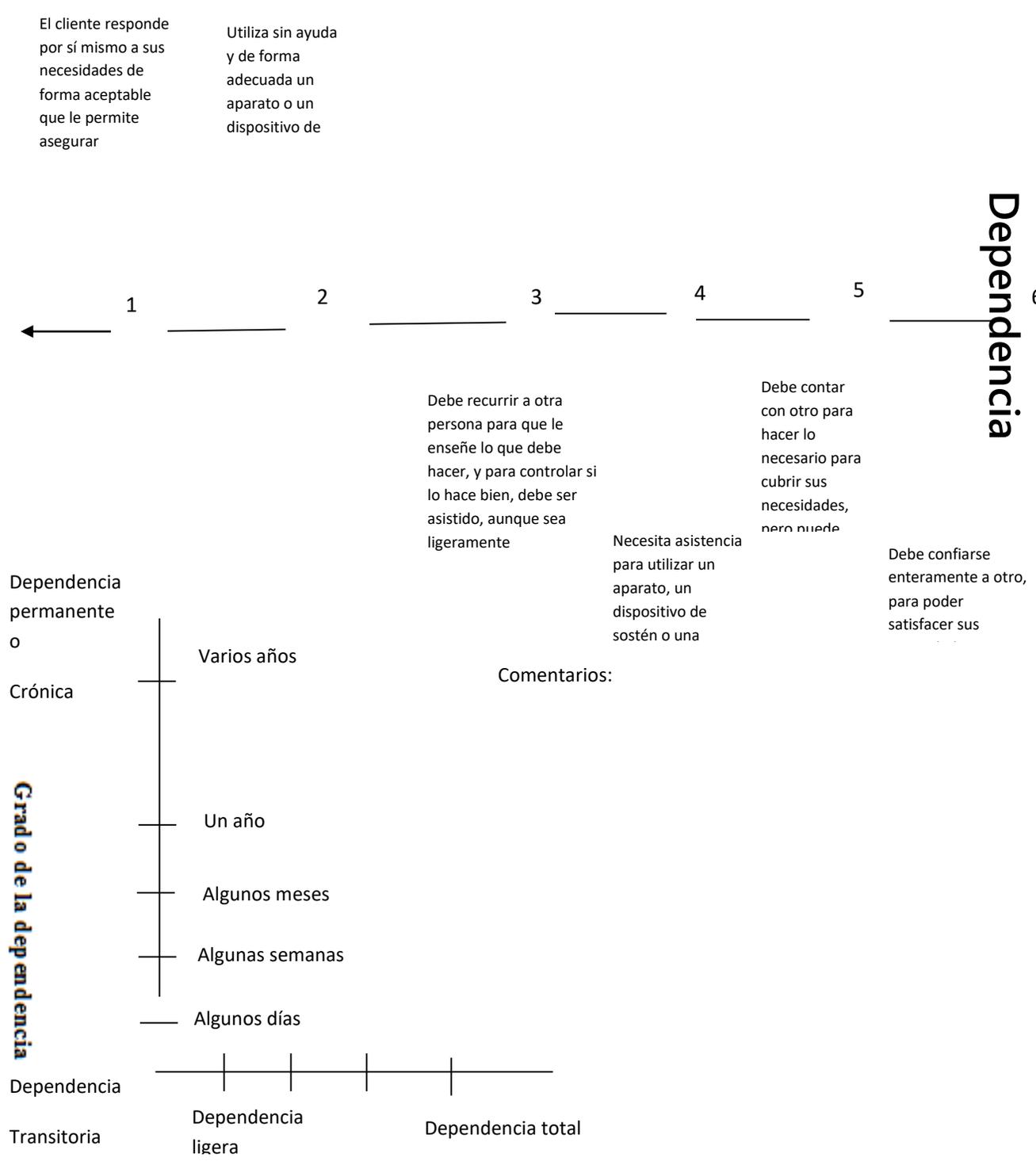
### IV. Fuentes de la dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad)

Continuum Independencia -Dependencia

### V. Diagnóstico de Enfermería

Independencia

Dependencia



**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

### 10.3 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

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"

#### Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo María Luisa García Mtz., declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Emmanuel Nuñez G. participe en el estudio de caso Dependencia en la Necesidad de Oxigenación por Estenosis subaórtica.

cuyo Objetivo principal es: Aplicar el PAE y 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: validación, elaboración de diagnósticos de enfermería y realizar intervenciones de enfermería 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: P.L.E.O. Morales Sánchez Brenda A.

Firma

Nombre del padre o Tutor: María Luisa García Martínez.

Firma

#### Testigos

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

México, D.F. a 12 de Octubre - 2017

## 10.4 TRÍPTICO DE PLAN DE ALTA

### Medicamentos indicados

- Espironolactona 12.5 mg. 6 pm.
- Furosemide 20 mg. 6 am—6 pm
- Captopril 12.5 mg. 6 am—6 pm

### Métodos para la administración de medicamentos:

- Colocar una alarma en el dispositivo móvil en los horarios correspondientes y con el nombre y dosis de cada medicamento.
- Utilizar un pastillero en donde se puedan colocar los medicamentos.
- Realizar una tarjeta de medicamentos que se encuentre a la vista del adolescente y cuidador primario para que lo logren recordar.



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

Elaborado por:

L.E.O. Morales Sánchez

Brenda Alicia

Asesorado por:

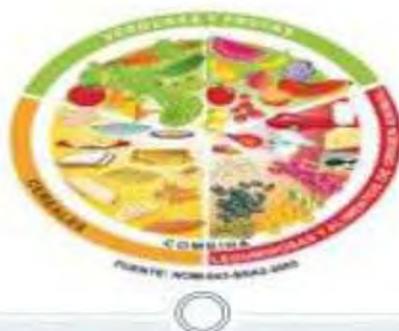
E.E.I. Cruz Jiménez Maricela



## CUIDADOS EN EL HOGAR



*"Los cuidados otorgados en casa, son un punto esencial para lograr una óptima recuperación"*



#### Orientación dietética

La alimentación del adolescente debe favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo y promover hábitos de vida saludables para prevenir trastornos nutricionales, es por eso que se recomienda tener una alimentación equilibrada basándose en el plato del buen comer, el cual se divide en:

- Frutas y verduras
- Cereales y tubérculos
- Leguminosas y alimentos de origen animal

#### Cuidados de herida quirúrgica:

Los cuidados a la herida quirúrgica van a ayudar a que no haya presencia de infección. El procedimiento será llevado a cabo:

1. Antes de realizar el baño se debe de cubrir para que no caiga el agua sucia en la herida.
2. Al terminar el baño se debe de limpiar con agua, ya sea de garrafón o hervida y gasas; se llevara acabo de arriba hacia abajo sin regresar al mismo sitio.
3. Se evitara cubrir la herida si se encuentran dentro de casa, sin embargo si salen se casa hay que cubrirla con gasa y micropore.

Presentarse ocho días posteriores para retiro de puntos.

Si presenta salida de serecion blanca, amarilla, o enrojecimiento en la herida o en la periferia, acudir inmediatamente al Hospital.

#### Signos y sintomas de alarma

- Presencia de fiebre (mayor a 37.5°C)
- Salida de secreción purulenta (amarilla o blanquecina) por la herida quirúrgica, eritema (coloración roja) en la periferia de la herida quirúrgica, abertura de los puntos de sutura .
- Si el adolescente presenta fatiga, taquicardia, o presenta cianosis (coloración azul) al realizar actividad física .



## **XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

---

- <sup>1</sup> Martínez C. Romero G. Neonato pretermino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12 (3): 160-170.
- <sup>2</sup> Roa Tostado G. Proceso de cuidados de enfermería en neonato con Epidermólisis (piel de mariposa) fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. *Portales médicos*. 2016: 9 (3); 1-11.
- <sup>3</sup> Hinojosa Nava CA. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de caso. *Revista Enfermería Universitaria*. 2014; 11 (3): 110-116.
- <sup>4</sup> Meza Portillo CA. Olvera Arreola SS. Cadena Estrada JC. Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*. 2013: 21 (2); 63 – 70.
- <sup>5</sup> Cantella Perez A. Nash Campos N. Proceso de atención de enfermería en preescolar con Guillain Barre fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. *Portales Médicos*. 2015; 1- 9.
- <sup>6</sup> Hernández Tapia AM. Plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*. 2015: 23 (1); 22-27.
- <sup>7</sup> Solís ND. Peña SB. Melo SA. Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada.. *Revista de Enfermería Benessere*. 2016; 1 (1): 75-82.
- <sup>8</sup> Alvarado- Pacheco P, Cruz-Jiménez M. Proceso de Atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Revista Universitaria*. 2013; 10 (3): 105- 111.

- 
- <sup>9</sup> Pallas M.C. Villauendas B.L. Balsa A.A. Estenosis aortica congénita y endocarditis bacteriana. Revista Médica Electrónica. Portales Médicos. 2017; 1 – 10.
- <sup>10</sup> Meraz Rosas MA. Espinoza Meneses V. Alteración de la seguridad y protección en un adolescente masculino. Revista Cientif Enferm. 2012; 20 (5): 169-173.
- <sup>11</sup> Gaona Vázquez YA. Cruz Jiménez M. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad protección, por deficiencia de proteína C. Revista Enfermería Universitaria. 2012; 9 (2): 37 – 45.
- <sup>12</sup> Phaneuf Margot, Ph. D. La planificación de los cuidados enfermeros. 1<sup>a</sup> ed. México D.F.: Mcgraw – Hill Americana.; 1999.
- <sup>13</sup> UNAM. Material Complementario. Enfermería Comunitaria. [Serie en Internet]. 2013. [Citado en Agosto 2017]; 7 – 11. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>
- <sup>14</sup> Delgado RM. Hernández RC. Ostiguín MR. Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. [Serie en Internet]. 2007; [Citado en Agosto 2017] 4 (1): 24-29. Disponible en: [www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30303/2814](http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30303/2814)
- <sup>15</sup> Riopelle Lise. Grondin L Un proceso centrado en las necesidades de la persona. 1<sup>a</sup>ed. Madrid, España: McGraw-Hill; 1993.
- <sup>16</sup> Correa Argueta E. Verde Flota E. Rivas Espinoza J. Valoración de Enfermería, basado en la filosofía de Virginia Henderson. 1era ed. UAM Xochimilco, Ciudad de México: ISBN; 2016.

---

<sup>17</sup> Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.

<sup>18</sup> Martínez A, Peña R, Mendoza J. Propuesta de implantación de plan de cuidados estandarizado en las amenazas de parto pre término. Universidad Pública de Navarra. [Serie en Internet]. 2016. [Citado en Agosto 2017]. Disponible en: [http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7808/Master%20Gestion%](http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7808/Master%20Gestion%20)

<sup>19</sup> Marriner Tomey A., Raile Alligoog M. Modelos y teorías de enfermería. 4ª ed. Madrid, España: Harcourt; 2000.

<sup>20</sup> Christensen Paula J., Griffith Janet W. Proceso de Atención de Enfermería. México DF: El manual moderno; 1993.

<sup>21</sup> Alfaro- LeFevre A. Aplicación del proceso enfermero fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Bacerlona, España: Elsevier; 2003

<sup>22</sup> Jonhson Marion. Bulechek G. McCloskey J. Diagnosticos enfermeros, resultado e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. 5ª ed. Madrid, España: Elsevier; 2002.

<sup>23</sup> Gobierno del Estado de Aguascalientes. Código de conducta para la enfermería. [Serie en Internet]. 2010; [Citado en Octubre, 2017]: 1-14. Disponible en: <http://www.aguascalientes.gob.mx/coesamed/pdf/enfermeria.pdf>

---

<sup>24</sup> Flores Rosales E. Sandoval Hernandez JM. Código de conducta del personal de enfermería. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Serie en Internet]. 2011; [Citado en Octubre, 2017]: 1-16. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/codigo\\_conducta.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/codigo_conducta.pdf)

<sup>25</sup> Blasco León M. Ortiz Luis SR. Ética y valores en enfermería. Revista Medigraphic. 2016: 24 (2); 9-145.

<sup>26</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consentimiento Validamente Informado. [Serie en Internet].2016; [Citado en Noviembre, 2017]: 41 - 59. Disponible en: [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/cvi/libro\\_cvi2aEd.pdf](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/cvi/libro_cvi2aEd.pdf)

<sup>27</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-004SSA3-2012, Del expediente clínico.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> Martínez R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. 7ª ed. México: Manual Moderno; 2013.

<sup>30</sup> UNICEF. Adolescencia una etapa fundamental. [Serie en Internet]. 2002; [Citado en Noviembre, 2017]: 2-44. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf)

<sup>31</sup> Valverde M.I. Mendoza C.N. Peralta R.I. Enfermería pediátrica. 1ª ed. México D.F.: Manuel Moderno; 2013.

<sup>32</sup> Marcadante J.K. Kliegman M.R. Nelson, Pediatría esencial. 7ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2015.

<sup>33</sup> Flores E. Jaramillo G. Díaz G. Cardiopatías congénitas en niños. [Serie en Internet]; [Citado en Noviembre, 2017]: 1- 4. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43639/37/cardiologia%20Dr%20Diaz.pdf>

- 
- <sup>34</sup> Vargas B.J. Ferez S.M. Tratado de cardiología. 1ª ed. México: Intersistemas; 2006.
- <sup>35</sup> Cassalet B.G. Patarroyo M.G. Manual de cuidado intensivo cardiovascular pediátrico. 1ª ed. Bogotá: Distribuna; 2006
- <sup>36</sup> Luis M. Izquierdo M. Pastor J. Cardiología Pediátrica. Hospital de Cruces. Bisbakaia. Estenosis aortica valvular, subvalvular y supravalvular. [Serie en Internet]; [Citado en Noviembre, 2017]: 281-286. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9\\_estenosis\\_aortica.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9_estenosis_aortica.pdf)
- <sup>37</sup> Morgan S. K. Cuidados de enfermería en pediatría. 1ª ed. Barcelona, España: Doyma; 1993.
- <sup>38</sup> Doenges M.E. Moorhouse A.F. Muur A.C. Planes de cuidados de enfermería. 7ª ed. Philadelphia, Pennsylvania: McGraw – Hill; 2006.
- <sup>39</sup> Velazquez J. O. Pediatría, Dosis de medicamentos en pediatría. 8ª ed. Medellin, Colombia: Heath Book's; 2015.
- <sup>40</sup> Diccionario de especialidades farmacéuticas. PLM. 63 ed. México: DEF; 2017.
- <sup>41</sup> C Teniza N. Dominguez A. Puntunet B. Cuidado enfermero dirigido a la persona con estenosis aortica. Medigraphic. 2012; 18 (3); 71 – 81.
- <sup>42</sup> Vargas L. Hipotermia. Medigraphic. 2009; 2 (1): 55 – 62.
- <sup>43</sup> Celis E. Arellano L. Hipotermia. Guías para manejo de urgencias; Bogota: 2002.
- <sup>44</sup> Torres R. N. García C. V. Prevención y tratamiento de la hipotermia en los trabajadores de la Marina Mercante. Barcelona: Facultad de Barcelona; 2009.
- <sup>45</sup> Mate M. Mora J. Bosca A. Guerrero F. Trastornos de la regulación de la temperatura. Manual de urgencias; Malaga: 2000.
- <sup>46</sup> Falleiros D. Pereira N. Pancein L. La seguridad del niño en la perspectiva de las necesidades esenciales. Scielo.2014; 22 (4); 604 – 610.
- <sup>47</sup> Manual de Procedimientos Estandarizados Para La Vigilancia Epidemiológica. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica. . [Serie en Internet]; 2016. [Citado en Abril, 2018]: 16 - 20. Disponible en: [http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/28\\_Manual\\_RHoV E.pdf](http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHoV E.pdf)

- 
- <sup>48</sup> Martiñón R. Lejía C. Manejo de la herida quirúrgica. Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2000; 8 (4): 53 – 55.
- <sup>49</sup> OMS. Precauciones estándares en la atención de la salud. . [Serie en Internet]; 2007. [Citado en Abril, 2018]: 1 - 2. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10\\_EPR\\_AM2\\_E7\\_SPAN\\_HR.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10_EPR_AM2_E7_SPAN_HR.pdf)
- <sup>50</sup> Navarrete S. Educacion al paciente y su familia. Revista Colombiana de Cardiología. 2016; 23 (1): 34 – 37.
- <sup>51</sup> Celdran M. Zamorano F. Trastornos de la comunicación y el lenguaje. [Serie en Internet]; [Citado en Marzo, 2018]: 1- 41. Disponible en: <http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur/gestion/documentos/unidad23.pdf>
- <sup>52</sup> Sánchez E. Castillo M. Ruiz B. Palomar A. Estimulación del lenguaje oral en educación infantil. [Serie en Internet]; [Citado en Marzo, 2018]: 1 - 82. Disponible en: [http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/dig\\_publicaciones\\_innovacion/es\\_neespeci/adjuntos/18\\_nee\\_110/110002c\\_Doc\\_EJ\\_estimulacion\\_leng\\_oral\\_inf\\_c.pdf](http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_neespeci/adjuntos/18_nee_110/110002c_Doc_EJ_estimulacion_leng_oral_inf_c.pdf)
- <sup>53</sup> Law J. Garrett Z. Intervenciones de terapia del habla y el lenguaje para niños con retraso o trastorno primario del habla y el lenguaje. Oxford: Wiley; 2007.
- <sup>54</sup> UNICEF. Los habitos de higiene. [Serie en Internet]; [Citado en Abril, 2018]:1 - 16. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/HIGIENE.pdf>
- <sup>55</sup> Lorenzo S. Lorenzo M. Saez M. Actitud y actuación de enfermería ante la salud bucodental infanto-juvenil. Rev de Enfermería CyV. 2015; 7 (1): 39 – 49.
- <sup>56</sup> Lozcos G. Aguilar A. Periodoncia para el higienista dental. Periodoncia y osteointegración. 2005; 15 (1): 3-5.
- <sup>57</sup> FES Iztacala. Salud bucal. [Serie en Internet]; [Citado en Abril, 2018]:1 - 11. Disponible en: [http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/salud\\_bucal.pdf](http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/salud_bucal.pdf)
- <sup>58</sup> Marcelino M. Barranca A. Manual de técnicas de higiene oral. . [Serie en Internet]; [Citado en Abril, 2018]:1 - 10. Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>

---

<sup>59</sup> Bettina A. Importancia de la salud oral y su conexión con la salud general. Universidad del Salvador. Rev Biomedicina. 2006: 2 (3) ; 246-251.

<sup>60</sup>La motivación hacia el aprendizaje en la adolescencia y su incidencia en las dificultades de aprendizaje. [Serie en Internet]; [Citado en Abril, 2018]:1 - 11. Disponible en: [http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo18/files/La\\_motivacion\\_hacia\\_el\\_aprendizaje\\_en\\_la\\_adolescencia\\_y\\_su\\_i.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo18/files/La_motivacion_hacia_el_aprendizaje_en_la_adolescencia_y_su_i.pdf)

<sup>61</sup> Romero J. Lavigne R. Dificultades en el aprendizaje: Unificación de criterios diagnósticos. Malaga: Junta de Andalucía; 2003.

<sup>62</sup> Algaba M. La hipoacusia en la escuela. 2009. [Serie en Internet]; [Citado en Abril, 2018]:1 - 8. Disponible en: [https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_15/MARIA%20JOSE\\_ALGABA\\_2.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_15/MARIA%20JOSE_ALGABA_2.pdf).

<sup>63</sup> Bonilla S. Consejos para el cuidado de oídos. Audiología integral. 2010. [Serie en Internet]; [Citado en Abril, 2018]:1 - 3. Disponible en: [http://www.clinicaaudinsa.com/espanol/documentos/pacientes/consejos\\_para\\_cuidado\\_de\\_oidos.pdf](http://www.clinicaaudinsa.com/espanol/documentos/pacientes/consejos_para_cuidado_de_oidos.pdf)

<sup>64</sup> El economista. La CD,X tendrá su primera escuela para niños con sordera. 2018. . [Serie en Internet]; [Citado en Abril, 2018]: Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/La-CDMX-tendra-su-primera-escuela-para-ninos-con-sordera-20180101-0022.html>

<sup>65</sup>UNESCO. El niño y el juego, planteamientos teóricos y aplicaciones pedagógicos. Francia: Place de Fontenoy; 1980.

<sup>66</sup> Hernandez M. La función del juego en el ambiente hospitalario. INP. *Pediatr Mex.*2014: 4 (35): 93 – 95.

<sup>67</sup> Bermúdez M. Universidad de Oviedo. Actividades lúdicas en el hospital: 2006.

<sup>68</sup> Martinez F. Duelo anticipado por enfermedad. Asociación Mexicana de Tanatología. [Serie en Internet]. 2014. [Citado en Abril, 2018]. Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/237%20duelo.pdf>

<sup>69</sup> Uribe a. Lagoueyte M. “Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Scielo.* 2014:32 (2); 261 – 274.

<sup>70</sup> Olivia A. Relaciones familiares y desarrollo del adolescente. *Revista anuario de psicología.* 2006; 37 (3): 209 – 233.

---

<sup>71</sup> Quaglia R. Castro V. El papel del padre en el desarrollo del niño. Revista INFAD. 2007; 2 (1): 1 – 16.

<sup>72</sup> Secades V. Fernández J. Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Barcelona: Diputación de Barcelona; 2011.

<sup>73</sup> Marugan J. Monasterio L. Pavón P. Alimentación en el adolescente. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. [Serie en Internet]. [Citado en Abril, 2018]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion\\_adolescente.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_adolescente.pdf)

<sup>74</sup> NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en material alimentaria. Criterios para brindar orientación.

<sup>75</sup> Ajuntament de Valencia. Guía de nutrición y alimentación saludable en el adolescente. [Serie en Internet]. 2008. [Citado en Abril, 2018]. Disponible en: [http://www.valencia.es/ayuntamiento/Sanidad.nsf/0/651EC994A0ECB3B6C12575E6003C7D64/\\$FILE/Guia%20Nutricion%20BAJA.pdf?OpenElement](http://www.valencia.es/ayuntamiento/Sanidad.nsf/0/651EC994A0ECB3B6C12575E6003C7D64/$FILE/Guia%20Nutricion%20BAJA.pdf?OpenElement)

<sup>76</sup> Consejo de Salubridad General. Abordaje diagnóstico de estreñimiento en el niño. GPC. [Serie en Internet]. [Citado en Mayo, 2018]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss\\_643\\_13\\_abordajedxenestrenimientoninos/imss\\_643\\_13\\_abordajedxenestrenimientoninosgrr.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_643_13_abordajedxenestrenimientoninos/imss_643_13_abordajedxenestrenimientoninosgrr.pdf)

<sup>77</sup> Saz P. Lucas M. Tejero S. Cuidados en el estreñimiento. Rev Medicina Naturista. 2010; 4 (2); 66-71.

<sup>78</sup> J-Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería Conceptos, proceso y práctica. España; Pearson: 2013.2

<sup>79</sup> Winnard A, Debuse D, Wilkinson M, Samson L, Weber T, Caplan N. Movement amplitude on the Functional Re-adaptive Exercise Device: deep spinal muscle activity and movement control. *European Journal of Applied Physiology*. 2017;117(8):1597-1606.

<sup>80</sup> Rosales S. Reyes E. Fundamentos de enfermería. 3° edición. Colombia: Manual moderno; 2004.

<sup>81</sup> Kozier B, Erb G, Olivieri R. Descanso y sueño. En : Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental, Conceptos ,procesos y práctica.4° ed. Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana;1993.p. 1004 – 1023.

---

<sup>82</sup> Uribe A. Torrado I. Acevedo Y. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. Rev Ciencia y cuidado. 2012: 9 (2); 17-25.

<sup>83</sup> Lima G. Lima M. La ansiedad en la hospitalización de los niños: una propuesta para un diagnóstico de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015: 23(5); 963-70.

<sup>84</sup> Esteban E. Como vestir a los niños en verano. Guía infantil. [Serie en Internet]; [Citado en Mayo, 2018]: Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/blog/834/como-vestir-a-los-ninos-en-verano.html>

<sup>85</sup> Prendas básicas para vestir a los niños. Me quiero ir. [Serie en Internet]; 2001. [Citado en Mayo, 2018]: Disponible en: <https://www.mequieroir.com/migracion-/guias/prendas-basicas-para-vestir-ninos-en-invierno/>

<sup>86</sup> Salaberria K. Rodríguez S. Cruz S. Percepción de la imagen corporal. Rev BIBLID. 2007: 70 (8); 171-183.