



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

**ESTUDIO DE CASO:
LACTANTE CON DEPENDENCIA EN LAS 14 NECESIDADES POR
SINDROME DE WEST**

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

**PRESENTA:
L.E DUARTE ZAMORA ISMAEL**

**ASESOR:
E.E.I VÍCTOR ROJAS YAÑEZ**

Ciudad de México

15 de 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.

AGRADECIMIENTOS

A dios por darme vida, fuerza y voluntad.

A mi madre por enseñarme, guiarme y llevarme en este noble camino en el área de la salud.

A mi padre por enseñarme el esfuerzo y sacrificio de las generaciones que me precedieron.

A mi hermano por compartir el mismo sueño hacia una nueva y mejor era.

A Stephanie Benavides por brindarme su amor y apoyo incondicional.

A mis amigos y amigas que han tocado mi vida ya que sin su compañía mis logros no sabrían a nada.

A la Escuela Nacional Preparatoria No 2 “Erasmus Castellanos Quinto” por contar con el plan de estudios: Iniciación Universitaria y forjar las bases de mi educación en la UNAM.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por facilitarme mi primer acercamiento en el área de la salud.

A la UNAM en general por abrirme las puertas en incontables ocasiones.

Al Hospital Infantil de México Federico Gómez por permitir que los niños cumplan sus sueños

A la coordinadora y tutores de la Especialidad en Enfermería Infantil: Maricela Cruz Jiménez, Natividad Mariano y Víctor Rojas que con su asesoría se logró este proyecto

A la maestra Angélica Hernández: por su motivación diaria desde mi llegada al HIM

A Patricia Santiago, Elizabeth Méndez, Alejandra Sánchez, Irais Rodríguez, Mario Aquino, Diana Sedano, Gloria Morales y muchos más por guiarme en mi práctica profesional con calidez, paciencia y dedicación para mi aprendizaje.

A la Jefa de Enfermeras; Mtra. Araceli Saldívar Flores
Jefes de servicio, supervisoras, y personal de enfermería que me permitieron desenvolverme en tan importante institución.

INDICE

I INTRODUCCIÓN	4
II OBJETIVOS.....	5
2.1 General	5
2.2 Específicos	5
III MARCO REFERENCIAL.....	6
IV MARCO CONCEPTUAL.....	14
4.1 Virginia Henderson.....	14
4.1.1 Biografía.....	14
4.1.2 Supuestos Principales	15
4.1.3 Asunciones filosóficas o valores.....	16
4.1.4 Principios	16
4.1.5 Afirmaciones Teóricas.....	16
4.1.6 Las necesidades humanas básicas.	17
4.1.7 Fuentes de la dificultad.....	19
4.2 Proceso Atención de Enfermería	21
4.2.1 Valoración	21
4.2.2 Diagnóstico	23
4.2.3 Planeación	24
4.2.4 Ejecución	25
4.2.5 Evaluación	27
4.3 Aspectos éticos	28
4.4 Generalidades de crecimiento y desarrollo del lactante (12- 18 meses)	31
4.5 Factor de Dependencia	34
4.5.1 Síndrome de West	34
4.6 Relación de Conceptos del Proceso de Atención de Enfermería, Virginia Henderson y Consideraciones Éticas.....	39
V METODOLOGIA.....	40
5.1 Métodos e instrumentos utilizados	40
VI PRESENTACIÓN DEL CASO	41
6.1 Descripción del Caso.....	41
VII APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	44
7.1 Valoración y Jerarquización de las necesidades focalizadas	44
7.1.1 Habitus Exterior.....	44
7.1.2 Necesidad de Oxigenación	44

7.1.3 Necesidad de Alimentación.....	45
7.1.4 Necesidad de Eliminación	46
7.1.5 Necesidad de Movimiento y Postura.....	47
7.1.6 Necesidad de Descanso y sueño	48
7.1.7 Necesidad de Higiene.....	49
7.1.8 Necesidad de comunicación	49
7.1.9 Necesidad de Termorregulación.....	50
7.1.10 Necesidad de Recreación	50
7.1.11 Necesidad de Vestido y Desvestido.....	51
7.1.12 Necesidad de Creencias y Valores	51
7.1.13 Necesidad de Realización.....	52
7.1.14. Necesidad de Aprendizaje	52
7.1.15 Necesidad de Seguridad y Protección	53
7.2 Proceso diagnóstico.....	54
7.2.1 Jerarquización de los diagnósticos de enfermería.....	55
8. Proceso de Planeación.....	59
7.4 Proceso de Ejecución y Evaluación	150
7.5. Plan de alta.....	151
VIII CONCLUSIONES.....	153
IX SUGERENCIAS	153
X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	154
XI ANEXOS	160

I INTRODUCCIÓN

Los problemas neurológicos en la infancia como puede ser el Síndrome de West afectan de manera holística al niño esto es debido ya que a través de la enfermedad se pueden presentar alteraciones que pueden y comprometen la independencia sobre las necesidades en el menor.

El presente estudio de caso aborda a un lactante mayor con Diagnóstico de síndrome de West, que se encuentra hospitalizado en el servicio de neurología del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Es a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson que en conjunto permitió la realización del presente trabajo donde se elaboraron objetivos, un marco referencial donde se revisa y clasifica artículos de estudios de caso con una metodología similar a la presentada. El marco conceptual está compuesto por el modelo de Virginia Henderson, proceso de atención de enfermería, aspectos éticos donde se abordan principalmente los valores éticos en la atención pediátrica en México, las características generales de crecimiento y desarrollo del lactante mayor en relación al niño sano, el factor de dependencia que en este caso se trata del síndrome de West, y finalmente se hace un relación conceptual del modelo de Virginia Henderson y el proceso de atención de enfermería. La metodología muestra los métodos e instrumentos utilizados en el estudio de caso. La presentación del caso especifica antecedentes de relevancia del niño hasta su día de valoración. El apartado; Proceso de atención de enfermería, considera las 5 etapas del proceso de atención de enfermería aplicado al niño desde la valoración hasta la evaluación. Se presentan las conclusiones obtenidas del estudio de caso así como algunas sugerencias a la comunidad científica de la enfermería. Para finalizar se presentan las referencias bibliográficas y los anexo utilizados para la elaboración del presente estudio.

II OBJETIVOS

2.1 General

Elaborar un estudio de caso a un lactante masculino con alteración en las 14 necesidades por síndrome de West, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

2.2 Específicos

- Realizar una valoración especializada de enfermería para la obtención de datos objetivos y subjetivos.
- Analizar los datos obtenidos y jerarquizar las 14 necesidades de acuerdo a su nivel de independencia-dependencia
- Formular diagnósticos de enfermería personalizados de acuerdo a los datos obtenidos en el niño
- Planificar y Ejecutar intervenciones especializadas de enfermería que acerque al niño a mejorar su calidad de vida
- Diseñar un plan de Alta que mantenga y mejore la independencia en el niño.

III MARCO REFERENCIAL

Para fundamentar el presente estudio de caso se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva a través de bases de datos como Elsevier, PubMed, Scielo, Google Académico, y Medigraphic; se obtuvieron un total de 13 artículos de los cuales solo se eligieron un total de 11 por contar con fecha de publicación no mayor a 5 años, emplear el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en conjunto con la propuesta filosófica de las 14 necesidades de Virginia Henderson y su aplicación en edades pediátricas, se clasificaron de acuerdo al grupo etáreo correspondiente; dos de recién nacido, uno a un lactante, dos a preescolar, tres a escolar, tres más correspondieron al grupo de adolescente. Partiendo de esta clasificación se realiza a continuación el análisis de dichos artículos.

El primer artículo fue realizado a un recién nacido de término eutrófico en un Hospital de segundo nivel de atención en la región de Río Blanco, Veracruz, en 2016, en el servicio de neonatología. Reportado sin problemas al nacimiento, presentó múltiples lesiones en la piel, las cuales empezaron aparecer a los pocos minutos de nacimiento, iniciando en los dedos de la mano derecha y después en todos los sitios de roce, fue la clave por lo cual se decide el ingreso hospitalario al área de neonatología para su estudio y tratamiento, tratándose de una Epidermólisis Bullosa “piel de mariposa”, un caso sumamente raro que se presentó por primera vez en la historia de ese hospital. El tipo de metodología usada fue un diseño de tipo cualitativo-descriptivo; con la aplicación del proceso enfermero. Para la recolección de la información la autora utilizó la entrevista, historia clínica y la guía de valoración en base a las 14 necesidades. Con base al análisis planteó un diagnóstico y un plan de cuidados estableciendo intervenciones de enfermería dirigidas manejo higiénico-dietético y prevención de infecciones. El resultado de la aplicación de este proceso de enfermería fue favorable para el autor ya que menciona 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.¹

El siguiente artículo presenta un plan de intervenciones, enfocado en la implementación de cuidados paliativos a una recién nacida del sexo femenino con diagnóstico de síndrome polimalformativo (síndrome de Patau). El estudio de caso fue realizado en el área de cunero patológico de un hospital general de zona conurbada de la ciudad de México. La metodología utilizada fue a través de la recolección de datos por anamnesis indirecta, exploración física y consulta del expediente médico, los diagnósticos se formulan a partir del formato PES, se jerarquizan y priorizaron considerando que es una paciente en estado terminal. Las intervenciones a la paciente se centraron en mantener todas las necesidades satisfechas, vigilar los parámetros de signos vitales dentro del rango de la normalidad, así como el confort de la paciente para proporcionar un entorno adecuado y desarrollar las intervenciones de enfermería con respeto, empatía, dignidad y calidad en la atención. Y el objetivo principal para con el paciente fue el de mejorar su calidad de vida así como cubrir todas sus necesidades y nunca caer en el encarnizamiento. Se recibió el apoyo de las enfermeras responsables del manejo del paciente ya que transmitieron su experiencia y conocimiento para afrontar este tipo de situaciones. Una vez convencido del objetivo se tuvo mejor control de las emociones puesto que se sabía que podía esperar y adonde podía llegar con los cuidados realizados, asimismo se pudo transmitir esta información a los padres, quienes finalmente comprendieron la situación y aceptaron firmar el 1 de marzo la carta de voluntad anticipada.²

El siguiente artículo aborda a un Lactante Mayor masculino de 1 año 6 meses de edad, originario de Uruapan, Michoacán. Al nacer le detectan ectopia cordis parcial toracoabdominal, gastrosquisis y posteriormente Pentalogía de Cantrell. El objetivo este estudio fue desarrollar un proceso enfermero aplicado a un lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. La metodología utilizada fue de un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal durante dos meses, basado en el

Proceso de Atención de Enfermería, con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Se abordaron las 14 necesidades humanas con un instrumento de valoración se establecieron los diagnósticos de enfermería; las intervenciones están basadas en evidencia científica; se incluyó una evaluación integral y un plan de alta. Las necesidades más afectadas fueron, la de oxigenación, alimentación, eliminación, movilidad y postura, y seguridad y protección, como diagnósticos de enfermería el autor obtuvo; perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar R/C cardiopatía congénita compleja M/P cianosis central. El autor concluye que el proceso enfermero es fundamental para otorgar cuidados de calidad, aunque no permitió disminuir la dependencia del lactante o la suplencia total de enfermería, se evitaron complicaciones, se orientó al familiar cabe mencionar que la literatura no reporta cuidados específicos para esta población dada su baja incidencia y alta mortalidad.³

Respecto al grupo etéreo de preescolares en 2013 en un Hospital Regional, un masculino de 2 años 11 meses ingreso con diagnóstico de síndrome de Guillan Barré, originario de Maracaibo, Zulia, quien presentó una caída de su propia altura sin causa aparente teniendo lesión lumbosacra. La metodología de este estudio corresponde a un diseño de tipo cualitativo-descriptivo enmarcado en un estudio de caso mediante la aplicación del PAE. Para la recolección de información se utilizó la entrevista y la observación, la historia clínica y la guía de valoración de las necesidades; partiendo del análisis de la información Se planteó un diagnóstico real de enfermería estableciendo intervenciones dirigidas a cuidados del paciente encamado, cambios de posición, manejo del dolor y manejo ambiental. En el caso presentado se recomienda que el profesional de enfermería que brinda el cuidado tenga un amplio conocimiento de la enfermedad y de los distintos métodos y técnicas específicas que se pueden emplear para ayudar al paciente a tener un alto grado de independencia funcional al final de la recuperación y que las secuelas sean las menos posibles.⁴

La siguiente revisión se centró en otro preescolar; cuatro años ocho meses de edad originario de Puerto Vallarta, Jalisco con diagnóstico de atresia pulmonar y comunicación interventricular dependiente de conducto arterioso. Inicia su padecimiento en el 2009 a los dos meses de edad al presentar cianosis al llanto y a la alimentación por lo que se envió al Instituto Nacional de cardiología Ignacio Chávez. Se realizó una cirugía de Fontán a los cuatro años de edad; posterior a la cirugía se dio seguimiento domiciliario donde se aplicó el PAE para brindar un cuidado especializado. El objetivo de este estudio fue: elaborar un plan de cuidados especializado, individualizado e integral durante el alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón por ventrículo único. La metodología utilizada fue un seguimiento en las etapas prequirúrgica postquirúrgica y domiciliaria, donde la autora realizó la valoración con el instrumento de enfermería cardiovascular basado en las necesidades de Henderson. Realizó el análisis de las necesidades para jerarquizarlas y desarrollar los diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA y formato PESS. A cada diagnóstico realizó un plan de intervenciones, determinando el grado de independencia alcanzado con base en los objetivos propuestos. En dicho artículo se destacó la importancia del plan para lograr una coordinación interprofesional, evitar errores y proporciona una visión global y rápida del estado de salud de la persona.⁵

El siguiente artículo se trató de un escolar de 9 años de edad con un diagnóstico de Tetralogía de Fallot, cuyo objetivo fue desarrollar un PAE basado en el Modelo de Virginia Henderson a un escolar con disminución de la oxigenación sanguínea por malformación cardíaca para brindar un cuidado especializado. La metodología utilizada fue de tipo cualitativa que involucro el PAE y la teoría de enfermería, la autora obtuvo el consentimiento informado por parte del cuidador primario, recolecto datos, realizaron cuatro valoraciones a través del instrumento de las 14 necesidades. Llevo a cabo un análisis de dichas necesidades y

jerarquización de las mismas, elaboro diagnósticos de enfermería estructurados mediante el problema, la etiología, los signos y síntomas utilizando las etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA; y por último elaboro planes de cuidados para cada diagnóstico. Los resultados que se observaron durante la aplicación del estudio fue que entre el tratamiento médico y las intervenciones realizadas se detectó un aumento del nivel de independencia, por lo que se logró el egreso en las mejores condiciones clínicas posibles, satisfaciendo la necesidad de oxigenación, la cual, como percibió a través del estudio, fue la más afectada. Estas herramientas al ser aplicadas al niño con Tetralogía de Fallot implica que la enfermera tenga los conocimientos y la capacidad de distinguir potenciales complicaciones que ponen en riesgo la vida de la persona, ya que al contar con un tratamiento paliativo en lugar de uno correctivo, se debe valorar cuidadosamente cada necesidad básica en la etapa pre y post quirúrgica.⁶

El segundo escolar que fue abordado en las revisiones del PAE y el modelo de Virginia Henderson fue realizado en un hospital Infantil a un adolescente de 12 años diagnosticado con estenosis aórtica y endocarditis bacteriana, quien acudió con la sensación de pinchazos precordiales, fiebre, palidez, astenia y sudoración. La metodología utilizada fue el PAE; para la recolección de la información se utilizó la entrevista, historia clínica y la guía de valoración en base a las 14 necesidades. Con base al análisis se planteó un diagnóstico y un plan de cuidados estableciendo intervenciones de enfermería. Como conclusiones obtuvo que el proceso debe ser individualizado por cada paciente para así facilitar su recuperación, mejorar su calidad de vida durante la enfermedad y después de esta. Además, los cuidados que se realizan para cada paciente deben estar relacionados con su mejora tanto física como psicológica, ya que esta última puede afectar en el estado de ánimo del paciente y los cuidados no resultarían tan eficientes.⁷

El último escolar encontrado en la revisión bibliografía se trató de una femenina de siete años, hospitalizada en Valparaíso, con diagnóstico de

pielonefritis. Este artículo tuvo como objetivo identificar la función del profesional de enfermería en pacientes con este tipo de patologías para otorgarle cuidados integrales. Como metodología utilizada fue el uso del PAE; la revisión de la ficha clínica, entrevista, examen físico y anamnesis a la escolar. Plantearon diagnósticos de enfermería en formato PES, donde se identificaron y priorizar las necesidades insatisfechas y se plantearon los objetivos del cuidado. Establecieron un plan de intervenciones para la evaluación, otorgaron los cuidados planteados y para la evaluación llevaron a cabo mediante la monitorización de los indicadores para evaluar la pertinencia, relevancia o necesidad de modificación en los cuidados de enfermería. Como resultados obtuvieron que el escolar se mantuvo más tranquila y la comunicación con personal se mantuvo Ambivalente. Observaron posterior a la etapa aguda, una dificultad que nace a nivel familiar pero que se exacerba en el ambiente hospitalario, haciendo necesario priorizar un diagnóstico de enfermería del área psicosocial. Como conclusión obtuvieron que el estudio de caso permite estimular la reflexión individual y colectiva respecto al ejercicio profesional, donde debiera existir una valoración exhaustiva y personalizada de acuerdo a los diversos contextos, evitando establecer juicios de valor y considerando las diversas propuestas del equipo multidisciplinario para otorgar una atención integral, donde enfermería lidere los aspectos relacionados al cuidado.⁸

Los siguientes tres análisis corresponden a pacientes adolescentes; el primer adolescente fue de 12 años, originaria del Estado de Hidalgo, quien inicia su padecimiento a los dos años de edad al detectarse cardiopatía en el Hospital infantil de México; se le realiza un estudio de gabinete para confirmar cardiopatía congénita de ventrículo único con doble vía de salida. Inicia padecimiento posterior a la realización de una cirugía de Glenn bidireccional, previa a cirugía de Fontán, sin embargo presenta complicaciones de congestión pulmonar, Inicia con diálisis peritoneal. El objetivo de este artículo fue; dar a conocer un PAE a una adolescente con alteración en la necesidad de Oxigenación, basada en el modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Como Metodología; utilizó un

instrumento diseñado por la academia de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) para niños en etapa escolar de seis a 12 años, dirigido para recabar datos subjetivos del grado de independencia de las 14 necesidades determinadas por Henderson, reunión de datos a través de una exploración física, elaboración de 14 diagnósticos jerarquizados de acuerdo al grado de dependencia por cada necesidad alterada, posteriormente diseñaron planes de cuidados personalizados con intervenciones específicas para cada alteración, enfocados a favorecer el la independencia. Le evaluación se llevo a cabo comparando el estado de independencia alcanzado con el grado de dependencia inicial. Concluyeron al fin que la persona no presento datos de descompensación hemodinámica, pero debido a la complejidad de la cardiopatía no fueron capaces de disminuir el nivel de dependencia, resaltaron también la importancia de una valoración adecuado desde el nacimiento para la identificación de cardiopatías lo más pronto posible.⁹

El segundo Adolescente y antepenúltimo artículo que conforma la revisión nos habla de un paciente adolescente masculino de 12 años con factor de dependencia por leucemia linfoblástica aguda. El paciente inició su padecimiento en enero de 2008 al presentar temperatura de difícil control de 38° por más de dos semanas, petequias en cuello y epistaxis, fue tratado por médico particular quien solicitó exámenes de laboratorio y refirió al HIMFG. El objetivo fue desarrollar un estudio de caso que reflejara los cuidados especializados a un adolescente masculino con alteración en la necesidad de seguridad y protección por leucemia linfoblástica aguda L2 (LLAL2), a través del PAE y la propuesta filosófica de Virginia Henderson, los datos primarios y secundarios los obtuvo a través de la aplicación de una valoración exhaustiva y focalizada de las 14 necesidades permitiendo detectar la independencia y dependencia de las necesidades básicas de salud, se dio seguimiento de ocho meses. Para la elaboración de los diagnósticos utilizó el formato PES Y se obtuvo un total de 16 diagnósticos de enfermería, siete reales cinco de riesgo y cuatro de salud. Para la

planeación se utilizó la clasificación de intervenciones de enfermería NIC y para la evaluación se tomó en cuenta el logro de objetivos planteados para cada necesidad así como la evolución del estado de dependencia a la independencia de cada una de las necesidades, y los recursos con que se contaron. Como resultados lograron disminuir el grado de dependencia en algunas necesidades, en otras mantener la independencia evitando llegar a una dependencia. Como conclusión nos dicen que la propuesta de Virginia Henderson en conjunto con el PAE permite proporcionar cuidado integral al paciente con una base teórica, metodológica instrumental que permite el logro de los objetivos planteados.¹⁰

El último artículo trata a adolescente femenina con deficiencia de proteína C Insuficiencia renal crónica, con dependencia y la necesidad de seguridad y protección valorada y estudiada en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Como objetivo se planteó 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 empleada fue el PAE, orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la recolección de la información se realizó mediante fuentes primarias y secundarias, realizaron valoraciones focalizadas obteniéndose 15 diagnósticos enfermeros de los cuales 5 están en dependencia, 5 en riesgo y 5 en independencia; la realización de los mismos se hicieron apoyándose en la taxonomía de la NANDA versión 2009 2011 y en el formato PES. Los resultados que obtuvieron fue que con las intervenciones que se propusieron lograron que la paciente y su cuidador primario identificaran cómo enfrentar los problemas principales derivados de la pérdida de la visión del embolismo de tal forma que se evitan complicaciones futuras. Como conclusión, la aplicación del PAE con una base teórica, como lo es el método de Virginia Henderson, permite al personal de enfermería otorgar una atención personalizada a cada paciente, debido a que valorar a la persona como un individuo con diversas características biológicas, proctológicas, sociales, espirituales y culturales.¹¹

IV MARCO CONCEPTUAL

4.1 Virginia Henderson

4.1.1 Biografía

Nacida en el año 1897 en la ciudad de Kansas City, Missouri, hija de Lucy Minor Abad y Daniel B. Henderson, Virginia Avenel Henderson conocida por su teoría de las 14 necesidades es una referente internacional para la Enfermería.

Comenzó su educación como enfermera en 1918 ingresando en la Army School of Nursing de Washington D.C. interesada por la asistencia del personal militar herido durante la 1° Guerra Mundial. Ahí comienza su preocupación sobre la función y la situación jurídica del personal de enfermería pues estaba en desacuerdo con la práctica enfermera que destacaba la competencia técnica y la experiencia en los procedimientos, contemplando a la enfermería como una extensión de la práctica médica, y sin modelos de función. Así en 1955 motivada por su insatisfacción con la definición de enfermería de aportada por la American Nurses Association (ANA). Publica Henderson en 1966, su definición de Enfermería en su libro "The Nature of Nursing" basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física.

Galardonada con el primer premio Christiane Reimann otorgado por el International Council of Nurses, Henderson a veces nombrada como la "primera dama de la Enfermería"¹² nos deja una teoría con la cual podemos trabajar y empalmar como modelo en el proceso de atención de enfermería.

4.1.2 Supuestos Principales

- **Enfermería:** *"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 tranquila, 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"*¹³.
- **Persona:** ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.
- **Entorno:** conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.
- **Salud:** máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

4.1.3 Asunciones filosóficas o valores

Estos enunciados se enfocaran a la importancia de la enfermería dentro de la sociedad:

- La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.
- Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
- La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle.

4.1.4 Principios

Los principios enunciados en el modelo se enfocan hacia la persona:

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.¹⁴

4.1.5 Afirmaciones Teóricas

Relación enfermera-médico: Relación de trabajo, Función especial y Es independiente

Relación enfermera-equipo de salud: Es una ayuda mutua para completar el cuidado y no deben realizar las tareas ajenas.

Relación enfermera- paciente:

Sustitución: Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

Ayuda: Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

Acompañamiento: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

4.1.6 Las necesidades humanas básicas.

Dentro de su modelo teórico, Henderson identifica 14 necesidades básicas fundamentales e indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona, estas pueden no satisfacerse por factores físicos, psicológicos o sociales (figura1)¹⁵

Figura 1. Necesidades humanas básicas de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

Necesidad	Definición
1. Respirar normalmente	Necesidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos, con un nivel suficiente y una buena oxigenación a través de la ventilación
2.- Beber y comer	Necesidad de la persona de absorber líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo
3. Eliminar adecuadamente desechos y secreciones	Necesidad de la persona para deshacerse de los desechos del organismo producto del metabolismo a través de la orina, las heces, el sudor y la espiración pulmonar.
4. Moverse y mantener una buena postura	Necesidad de la persona para ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.
5. Dormir y descansar	Necesidad de la persona de dormir lo suficiente como para sentirse descansada, más reactiva, y con renovada iniciativa.

6. Vestirse y desvestirse	Necesidad de la persona de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales del decoro y de los gustos.
7. Mantener la temperatura corporal en límites normales	Necesidad de la persona de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.
8. Mantener la higiene personal	Necesidad de la persona de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel, y del conjunto tegumentario.
9. Evitar Peligros	Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental
10. Comunicarse con los demás expresando emociones.	Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.	Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convenga o que sean propias de su ambiente y tradición.
12. Ocuparse en algo para realizarse.	Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para sumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.
13. Participar en actividades recreativas	Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad	Capacidad de la persona para aprender descubrir, y satisfacer curiosidades, como parte del desarrollo normal que de una u otra forma contribuye a la propia salud física y mental.

Fuente: Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª Ed, México; McGraw-Hill; 1999.

Conforme a la satisfacción de las necesidades Virginia Henderson limita el grado de dependencia e independencia de la persona.

Posteriormente Phaneuf describe la independencia y dependencia en el niño puntualizando que esta será tomada en cuenta de acuerdo a la etapa de desarrollo.¹⁶

Independencia en el niño: Se considera así cuando se puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades necesiten ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.

Dependencia en el niño: capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.⁶

4.1.7 Fuentes de la dificultad

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

Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

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

Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

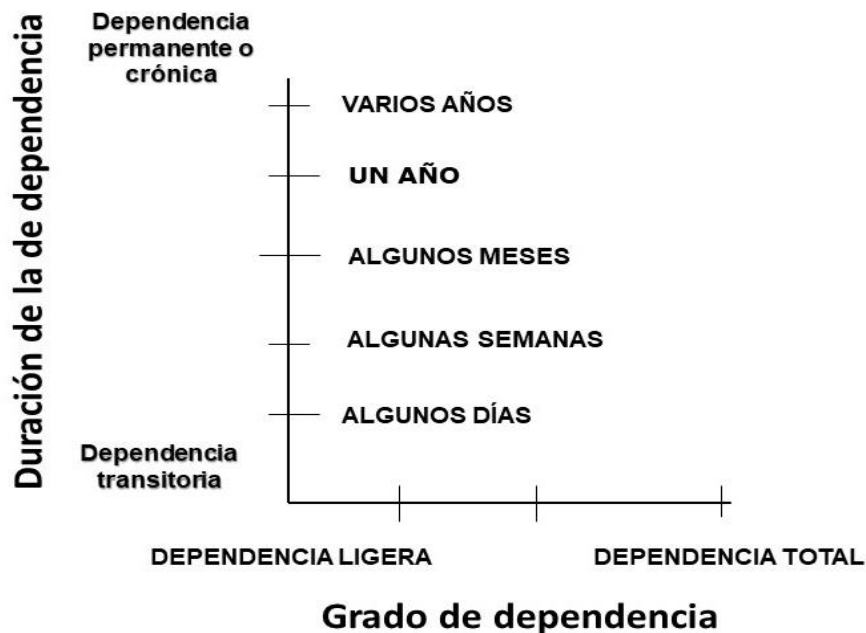
La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo, es importante determinar el nivel y grado de dependencia de la misma (Figura 2 y 3).

Figura 2. Continuum 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. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª Ed, México; McGraw-Hill; 1999

Figura 3. Relación entre duración y el grado de dependencia



Fuente: Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª Ed, México; McGraw-Hill; 1999

4.2 Proceso Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer un plan que aborde las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. El PAE es cíclico; es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez.⁶

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El PAE está constituido por cinco etapas valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación las cuales se encuentran engranadas e interrelacionadas estrechamente entre sí.¹⁷

4.2.1 Valoración

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes. Es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una obtención precisa y completa de los datos su organización y registro de los datos.

Obtención de datos

La obtención de información se da a través de fuentes primaria o secundarias el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos que reflejen el estado de salud del paciente. Los datos deben ser precisos donde se incluyan antecedentes, y problemas actuales.

Tipos de datos

Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación

vital. Resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos.

Los datos objetivos se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Durante la exploración física el profesional de enfermería obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del proceso de enfermería.

Métodos de obtención de los datos

Los principales métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración.

Observación: Es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas.

Entrevista: Comunicación planificada o una conversación para obtener o dar información, identificar problemas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo, dar consejo o tratamiento. Una entrevista tiene tres estadios o componentes principales: la introducción, cuerpo y cierre.

Introducción: puede ser la parte más importante de la entrevista porque lo que se dice y se hace en ese momento establece el tono para el resto de la misma. Los objetivos de la apertura son establecer una buena relación y orientar al entrevistado.

Cuerpo: el paciente comunica lo que piensa, siente y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería. El desarrollo eficaz de la entrevista exige que el profesional de enfermería use técnicas de

comunicación que hagan que las dos partes se sientan confortables y sirvan al objetivo de la entrevista

Cierre: termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. Pero, en algunos casos, la termina el paciente, por ejemplo, cuando decide no dar más información o es incapaz de hacerlo por alguna razón

Exploración Física: método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión

Se suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del paciente, después toma medidas como las constantes vitales y somatometría. El método céfalo-caudal comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies.¹⁸

Organización y Registro de datos

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito (o electrónico) para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. Conocido también como anamnesis o formulario de bases de datos de enfermería. Se registra los datos del paciente, para aumentar la claridad se registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas.

4.2.2 Diagnóstico

Segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente. Las actividades que preceden a esta fase se dirigen a la formulación de los diagnósticos de enfermería.

*“El diagnóstico es un enunciado de un juicio clínico sobre las acciones de los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o comunidad”.*¹⁹

Tipos de Diagnóstico Enfermeros

Real: Es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Y está compuesto por tres aspectos de acuerdo al formato PESS; y se unen con la terminología relacionado con, manifestado por. Problema: Descripción concisa del problema. Etiología: Factor que contribuye o causa el problema. Signos y síntomas: Compuesto por las manifestaciones del problema

Riesgo: Es un juicio clínico de que un problema potencialmente existente. Debido a la presencia de factores de riesgo indica que es probable que aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga. Está compuesto por el problema y un factor relacionado o etiología.

Salud: Está relacionado con la preparación de los pacientes para aplicar conductas que mejoren su estado de salud. Los datos de este diagnóstico no indican la presencia de etiología o signos y síntomas.

3.2.3 Planeación

Fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. Se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente El objetivo describirá lo que se espera observar en el paciente que demostrara la efectividad del cuidado, mientras

que el indicador serán datos específicos y medibles que indicaran el logro de un objetivo.

Características de los objetivos

- Derivan de los diagnósticos
- Se anotan usando términos mensurables
- Cuando es posible, se formulan conjuntamente con la persona y demás proveedores de cuidados de la salud
- Son realistas respecto a las capacidades actuales y potenciales de la persona
- Pueden lograrse con los recursos de que dispone la persona
- Están escritos de forma tal que incluyen el momento en que se espera conseguirlos y proporcionan directrices para la continuidad de los cuidados

Componentes para la formulación de objetivos

Existen cinco componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar las intervenciones y controlar los progresos.¹⁹

Sujeto: ¿Quién se espera que alcance el resultado?

Verbo: ¿Qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?

Condición: ¿En qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción?

Criterios de ejecución: ¿En qué grado va a realizar la acción?

Momento para lograrlo: ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?

4.2.4 Ejecución

Es la puesta en marcha del plan de cuidados mediante acciones tendentes a alcanzar los resultados previstos. La actuación de enfermería consiste en ejecutar aquellas acciones que precisa el paciente para cambiar el efecto de un problema.

El proceso de ejecución implica las actividades de

1) Actualizar los datos: Se repasarán y se añadirán datos relativos a la salud del enfermo.

2) Revisar el plan: Debe de reajustarse el plan cuando varían las respuestas del paciente.

3) Informar sobre las acciones a ejecutar: Antes de comenzar una actividad hay que preparar al enfermo, informándole de las técnicas que se van a desarrollar, y para ello se utilizará un lenguaje comprensible y adaptado a su nivel cultural. Esta información se debe de proporcionar verbalmente dejando constancia por escrito en la historia clínica, comprende como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. El titular del derecho a la información es el propio paciente o personas vinculadas a él, pero en este caso con su permiso expreso.

4) Ejecutar las órdenes de enfermería: Este apartado implica la auténtica puesta en marcha de la fase de ejecución y ello requiere una técnica escrupulosa para lo cual es preciso considerar los siguientes pasos:

- Preparación de la técnica, buscando para ello las ayudas adecuadas que permitan una ejecución rápida y segura.
- Compenetración del equipo, a fin de evitar retrasos y problemas de coordinación que provoquen técnicas peligrosas.
- Individualización del paciente, adaptando el plan, en la medida de lo posible, a las apetencias de él, y manteniéndole como centro de atención en todo momento.
- Así mismo son imprescindibles habilidades interpersonales, relacionadas con la comunicación, el trabajo en equipo, la sensibilidad y el respeto hacia el otro.

5) Registrar la acción ejecutada y la reacción del paciente: Es imprescindible registrar, por escrito, todos los actos realizados y sus consecuencias, si éstas se salen de lo habitual, a fin de transmitir esta información al resto de los miembros del equipo.

4.2.5 Evaluación

Quinta y última fase del proceso de enfermería. Actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan: a) el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados, b) la eficacia del plan asistencial de enfermería.¹⁷

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas, estructura proceso y resultado.

Estructura: se refiere a las estructuras físicas equipo y patrón de organización en el centro de salud.

Proceso: se centra en actividades de enfermería, y estas actividades se pueden juzgar, observando el rendimiento, preguntando a los pacientes u observando las notas.

Resultado: Se centra en cambios en la conducta y estado de salud del paciente.

4.3 Aspectos éticos

El personal de enfermería en México como prestador de los servicios de salud es sometido a un marco legal que como principal referencia citamos a la carta magna. La constitución política de los estados unidos mexicanos presenta el 4to Artículo Constitucional que en su tercer párrafo nos dice que *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”*²⁰ Así también la Ley General de Salud, como lo marca la carta magna asegura el derecho a la salud, en su Artículo 2 y capítulo 2 de la misma ley nos dice que *“el derecho a la protección de la salud, tiene la finalidad de la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana”*.²¹

Partiendo de este marco y sabiendo la legalidad de la profesión que nos compete es necesario mencionar que el individuo aun así tenga una patología con un pronóstico poco favorable se emplearan todos los recursos disponibles en pro de la persona, sin embargo no termina ahí el rol que ha desempeñado el personal de enfermería en materia legal lo ha llevado a moldear la conducta de la profesión a través de un código de ética donde se establecen los principios bioéticos aplicables en el área de la salud.

Estos principios se citan a continuación:

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. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

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.

Así pues el código de ética nos habla de los deberes de la enfermera para la persona, sociedad compañeros de trabajo como profesionista, y hacia la profesión.²²

Consentimiento informado

En México el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación se refiere al consentimiento informado como *“el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de Investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”*.²³

Así mismo, en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-004-SSA3-2012) se define a las cartas de consentimiento informado como los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante las cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.²⁴

Para hablar de consentimiento libre e informado, se requieren 3 elementos, a saber: información completa, comprensión adecuada y ausencia de coacción (voluntariedad).

Información completa. Los sujetos deben recibir del médico la información completa, adecuada y veraz. Esto implica utilizar un

lenguaje adecuado y una terminología comprensible para ofrecer información suficiente en cantidad y profundidad, que permita comprender el alcance y las consecuencias que pueden tener las decisiones.

Comprensión. Es necesario que el individuo comprenda la información proporcionada desde su ángulo, en función de su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje.

Voluntariedad. Los pacientes deben tener la posibilidad de decidir libremente si desean o no los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. No debe existir coacción, es decir, no debe presionarse para que tome rápidamente decisiones sin haber elaborado adecuadamente la información.

La doctrina del consentimiento informado se basa en el principio ético del respeto a las personas como seres autónomos, con dignidad y capacidad de autodeterminación. Sin embargo, en el quehacer de la pediatría los niños, aunque estos constituyen el personaje central, no pueden ser ignorados los padres, dado que de los pacientes dependen biológica, social, ética y legalmente de ellos.²⁵

Relación Enfermería-Paciente

Las relaciones personales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional. El personal de enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones personales sustentan la realización de sus actividades. Se considera que la relación personal tiene un efecto terapéutico, en algunos casos se afirma que esta puede ser determinante en el éxito de su desempeño²⁶

4.4 Generalidades de crecimiento y desarrollo del lactante (12- 18 meses)

A partir del segundo año de vida el sentido del Yo y de los otros es una habilidad que se adquiere. Aunque la capacidad de caminar permite una separación y una nueva independencia, el niño todavía continúa necesitando una proximidad segura a sus padres. Aproximadamente a los 18 meses, la emergencia del pensamiento simbólico y el lenguaje causa una reorganización del comportamiento, con implicaciones al revés de muchas facetas del desarrollo.²⁷

Desarrollo físico.

Los niños que empiezan a caminar tienen unas piernas relativamente cortas y un torso relativamente largo, con una lordosis lumbar exagerada y un abdomen saliendo. En el segundo año se produce un crecimiento cerebral considerable, aunque más lento que en el primer año, Y una mielinización continúa, que produce un aumento en el perímetro craneal de 2 cm en este año. La mayor parte de los niños comienza caminar de forma independiente cerca del primer año; algunos no lo hacen hasta los 15 meses. El hecho de andar antes no se asocia con desarrollo avanzado en otras áreas. En lactante camina con una marcha de base amplia, con las rodillas dobladas y los brazos flexionados por los codos; todo el torso rota con cada paso; Los dedos de los pies pueden apuntar hacia fuera y los pies se apoyan planos contra el suelo. El perfeccionamiento subsiguiente proporciona mayor estabilidad y menor consumo de energía después de varios meses de práctica el centro de gravedad se desvía hacia atrás y el torso permanece más estable mientras que la rodilla se extienden y los brazos oscilan a los lados del cuerpo para mejorar el equilibrio. Las punteras se mantienen mejor alineadas y el niño es capaz de pararse, girar e inclinarse sin caerse.

Desarrollo Cognitivo

La exploración del medio ambiente aumenta en paralelo con una mayor destreza (alcance, sujeción y suelta) y movilidad. El aprendizaje sigue los preceptos de la fase sensitivo-motora. Los niños que comienzan a andar manipulan objetos de nuevas formas para crear efectos interesantes, como el apilamiento de bloques o la introducción de los mismos en una ranura del reproductor de discos del ordenador. También es probable que use determinados objetos para su finalidad pretendida (peine para el cabello, vaso para beber). Los juegos simbólicos se centran en el propio cuerpo del niño como fingir que bebe un vaso vacío.

Desarrollo emocional

El lactante puede mostrarse irritable, una vez que comienza a caminar se produce un cambio marcado del humor predominante. El niño explorador gira entorno a los padres, se aleja y después vuelve al contacto tranquilizador y se aleja de nuevo. Un niño con apego seguro usará al progenitor como base segura a partir de la cual explorar de forma independiente. Todos los niños tendrán rabietas, lo cual refleja su incapacidad para posponer su satisfacción suprimir o desplazar la ira o comunicar verbalmente sus estados emocionales.

Desarrollo lingüístico

El lenguaje receptivo precede del expresivo. Cuando el lactante pronuncia sus primeras palabras, hacia los 12 meses, ya responde de forma adecuada varias expresiones simples, como “no”, “adiós” y “dame”. Hacia los 15 meses el niño normal señala las principales partes del cuerpo y usa cuatro o seis palabras de forma espontánea y correcta, entre ellas nombres propios. Los niños pequeños también exhiben una jerga polisilábica, pero no parece importarles que nadie les entienda. La mayor parte de la comunicación de deseos e ideas continua siendo no verbal.

Figura 4. Hitos del desarrollo durante los primeros 12-18 meses

Hito	Edad media de consecución (meses)	Implicaciones para el Desarrollo
Motor Grueso		
Camina solo	12	Exploración, control de la proximidad a los padres
Corre	16	Mayor dificultad de la supervisión
Motor fino		
Pasa páginas de libro	12	Aumento de la autonomía durante el tiempo con libros
Garabatea	13	Coordinación visual-motora
Construye torres de dos cubos	15	Uso de objetos en combinación
Construye torres de seis cubos	22	Requiere coordinación visual y motora gruesa y fina.
Comunicación y lenguaje		
Pronuncia primera palabra real	12	Comienza a etiquetar
Pronuncia 4-6 palabras	15	Adquisición de nombres de objetos y personas
Pronuncia 10-15 palabras	18	Adquisición de nombres de objetos y personas
Pronuncia frases de dos palabras (ej. Zapato, mamá)	19	Comienzo de gramatización se corresponde con un vocabulario de más de 50 palabras.
Cognitivo		
Finge juego egocéntrico	12	Comienzo del pensamiento simbólico
Usa una varilla para alcanzar juguete	17	Capaz de relacionar acciones con la resolución de problemas
Finge juego con muñeca	17	Pensamiento simbólico

Fuente: Feigelman S. Crecimiento, desarrollo y conducta. En: Nelson Tratado de Pediatría. 19a Ed. Vol. 1. España: Elsevier; 2013. p. 28-35.

4.5 Factor de Dependencia

4.5.1 Síndrome de West

En 1841 el médico inglés William James West refiere un padecimiento descrito como espasmos infantiles, condición que sufrió su propio hijo. Posteriormente llamado como espasmos epilépticos, el Síndrome de West (SW) es una Encefalopatía Epiléptica que afecta a lactantes menores de 2 años generalmente y de 2 a 3.5 de cada 10,000 recién nacidos vivos. La presentación clínica es de inicio brusco con un empeoramiento progresivo del estado de salud del infante. Caracterizada por tres manifestaciones clínicas principales, la bibliografía suele referir espasmos infantiles (epilépticos), retraso en el desarrollo psicomotor y patrón de hipsarritmia en el electroencefalograma (EEG).²⁸

Etiología

Se ha clasificado la etiología del síndrome de West como sintomática y criptogénica.

Se denomina SW sintomático a la enfermedad debida a una o varias lesiones estructurales cerebrales identificables o a otros trastornos como errores innatos del metabolismo. es el más común, las causas de este padecimiento pueden ser trastornos prenatales como displasia cerebral , la esclerosis tuberosa , la neurofibromatosis, el síndrome Sturge-Weber y síndrome Miller Dieker, infecciones por citomegalovirus, herpes simple, sífilis, rubeola y toxoplasmosis, fenilcetonuria, síndrome de Leigh, deficiencia de piruvato-carboxilasa o piruvato deshidrogenasa, enfermedad de Krabbe, encefalopatía por glicina , homocitrulinemia , hiperornitinemia, hiperglicinemia no cetósica, deficiencia de biotinidasa, adrenoleucodistrofia neonatal y leucodistrofia leucocromática, hipoxia y/o la isquemia cerebral prenatales; poroencefalia, hidranencefalia, leucomalacia periventricular, entre otras siendo estos más frecuentes, perinatales o postnatales. En la etapa postnatal se describe padecimientos asociados como la necrosis neural, leucomalacia periventricular, poroencefalia, encefalomalacia multiquística y el *status marmoratus*. Postnatal es contemplado como aquel

cuya etiología tiene lugar después de la primera semana del nacimiento; la meningitis bacteriana, meningoencefalitis viral, absceso cerebral, hemorragia subdural, hemorragia subaracnoidea, tumores intracraneales y trauma craneoencefálico son patologías desencadenantes.

Respecto al SW criptogénico se refiere a aquellos síndromes en los cuales se presume que sean sintomáticos, pero la causa está oculta.

Clasificación

Esta ha sido empleada para describir el momento de aparición de la entidad. Y se ha clasificado como primario, secundario y tardío. El SW primario es aquel que aparece antes de los 3 primeros meses de vida y cursa con mejor pronóstico, el secundario cuya aparición es entre los 7-8 meses y hasta los 2 años, por último, el tardío es aquel que se manifiesta a partir de los dos años en adelante.

Fisiopatología

Poco se sabe sobre el mecanismo de la fisiopatología sin embargo la aparición de las manifestaciones del SW coincide con el lapso crítico de formación de las dendritas y la mielinización. La bibliografía hace mención que los espasmos epilépticos son una respuesta no específica a cualquier daño de parte del cerebro inmaduro.

Existen teorías para explicar esta entidad, una de ellas hace mención que la falta de equilibrio entre los neurotransmisores del tallo cerebral puede ser responsable de los espasmos y de la hipsarritmia en el SW, ya sea por el incremento de la actividad de los sistemas adrenérgicos y/o serotoninérgicos o por la disminución de la actividad del sistema colinérgico; se manifiesta así una disminución de la duración del sueño REM (*rapid eye movement*) y que en esta etapa del sueño se ha observado la desaparición de los espasmos y la reducción del patrón de hipsarritmia en el EEG. Otras teorías nos hablan de alteraciones en el metabolismo cerebral o anomalías en el sistema inmunitario, sin embargo la teoría actual y más aceptada se relaciona con la sobreproducción de hormona liberadora

de corticotropinas (CRH), ya que su sobreproducción provoca hiperexcitabilidad neuronal y crisis convulsivas. La ACTH exógena y los glucocorticoides suprimen la síntesis de CRH, por lo cual se puede explicar su efectividad en el tratamiento de los espasmos infantiles.²⁹

Manifestaciones clínicas

La tríada característica del SW consta de: espasmos infantiles, retraso del desarrollo psicomotor e hipsarritmia en el EEG (figura 1). Los espasmos se suelen caracterizar por la contracción brusca, generalmente bilateral y simétrica de los músculos del cuello, tronco y extremidades; se acompañan de una breve pérdida de la conciencia. Existen tres tipos principales de espasmos: en flexión, extensión (menos comunes) y mixtos (más comunes). Los espasmos en flexión se caracterizan por la flexión brusca, simultánea del cuello y tronco con flexión simétrica bilateral, abducción o aducción de las extremidades superiores y flexión aducción de las extremidades inferiores. Cuando sólo participan los músculos flexores del cuello el espasmo puede manifestarse como un movimiento de cabeceo. Cuando participan los músculos de la cintura escapular el espasmo puede manifestarse como un movimiento parecido a un encogimiento de hombros. Los espasmos en extensión provocan una brusca extensión del cuello y del tronco con extensión y abducción de las cuatro extremidades. En los espasmos mixtos la postura primaria puede ser la flexión o extensión del cuello y tronco, pero las contracciones asociadas de las extremidades superiores o inferiores se oponen a la postura primaria. Por ejemplo, la flexión del cuello, tronco y extremidades superiores con extensión de las extremidades inferiores constituye un espasmo mixto.

Es importante mencionar que un mismo niño puede mostrar más de un tipo de espasmo o incluso el tipo de espasmo puede variar en un mismo periodo de crisis. Los espasmos asimétricos consisten en la desviación lateral de la cabeza o los ojos con la participación de las extremidades superiores. Aunque espasmos aislados pueden ocurrir, lo más frecuente es que se presenten en salvas o continuos. Las salvas de espasmos ocurren al

despertar o antes de dormir. Son menos frecuentes durante el sueño y sólo se presentan durante el sueño lento, nunca durante el sueño paradójico. Los espasmos pueden limitarse a una desviación ocular vertical breve o a nistagmos y asociarse con irregularidades respiratorias. Otros fenómenos observados son una sonrisa, mueca o expresión facial confusa o asustada que se antepone a los espasmos. El llanto se presenta frecuentemente al final de una salva de espasmos. La somnolencia puede ocurrir después de una salva prolongada y severa.

Entre los factores que los pueden precipitar se encuentran los ruidos repentinos y la estimulación táctil. También se han señalado con menos frecuencia, el hambre, la excitación y el excesivo calor ambiental.

Se ha referido que un gran número de pacientes con SW presentan retardo psicomotor antes del inicio de los espasmos; el desarrollar regresión en el desarrollo psicomotor cuando los espasmos aparecen, representa mayor riesgo en los pacientes. Entre los signos importantes de deterioro psicomotor se encuentran: la pérdida del seguimiento visual, de la prensión voluntaria de los objetos y la aparición de hipotonía.

Diagnóstico

Ante la sospecha clínica, que suele ofrecer una importante valoración y exploración física debe realizarse el EEG para confirmar el diagnóstico, ya que es el estudio esencial para la confirmación de la enfermedad al observar el patrón de hipsarritmia, que es el signo electroencefalográfico patognomónico.

Tratamiento

El SW es una enfermedad epiléptica de la infancia de difícil control ya que no responde a los antiepilépticos convencionales. Existe una serie de fármacos que han demostrado su efectividad para el control de este padecimiento como la ACTH, prednisolona, hidrocortisona, vigabatrina, nitrazepam y ácido valproico. Las guías actuales para el manejo de SW proponen un plan terapéutico farmacológico dividido en tres líneas de

elección, las cuales están indicadas dependiendo de las características de cada paciente y su respuesta a los fármacos. La ACTH (no disponible en México) y el ácido valproico son medicamentos de primera línea, la vigabatrina de segunda línea (primera línea en casos de esclerosis tuberosa y enfermedades metabólicas), los fármacos de tercera línea son utilizados si persisten los espasmos, entre ellos están las benzodiacepinas como nitrazepam, clonazepam (que no son muy utilizadas por los efectos adversos), el topiramato y la lamotrigina.

En los casos en los que no hay respuesta al tratamiento farmacológico o se encuentra contraindicado, se plantea la posibilidad de un abordaje quirúrgico para extirpar la zona de lesión cerebral. Este procedimiento suele ser una técnica eficaz en la resolución de las crisis, aunque su eficacia en la mejora del desarrollo psicomotor es controvertida.³⁰

Pronóstico

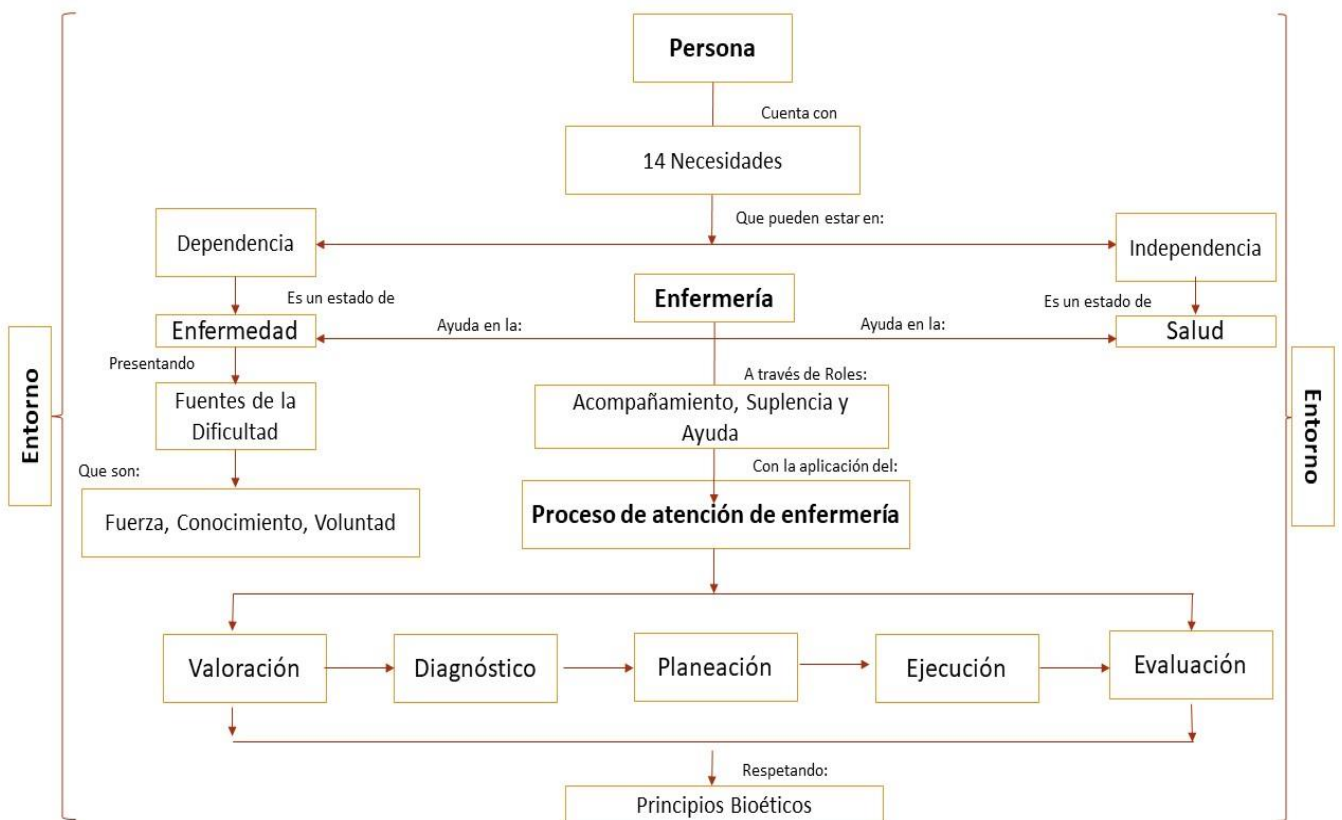
El pronóstico es malo, ya que el retraso psicomotor ocurre en el 90% de los casos y con frecuencia se asocia con trastornos de conducta y rasgos autistas. El 55 a 60% de los pacientes con SW desarrollarán otros tipos de epilepsia como el síndrome de Lennox-Gastaut y epilepsias con crisis parciales complejas. Un elemento importante que contribuye a emitir un pronóstico, es si el paciente inicialmente se clasifica como criptogénico o sintomático, ya que el pronóstico es mejor en los casos criptogénicos y es aún más favorable si hay desaparición de las crisis y un desarrollo psicomotor normal. La mortalidad de este síndrome es del 5%.

4.6 Relación de Conceptos del Proceso de Atención de Enfermería, Virginia Henderson y Consideraciones Éticas.

La persona se encuentra ligada a 14 necesidades básicas fundamentales que Virginia Henderson considera independiente si esta logrará la satisfacción de dichas necesidades, mientras que la dependencia se observa y asocia a un estado de enfermedad donde la persona presenta fuentes de dificultad, ya sean por fuerza, conocimiento o voluntad. Es entonces donde entra la enfermería la cual a través del acompañamiento suplencia o ayuda, aplicara el proceso de atención de enfermería este siempre respetando los principios bioéticos.

En la figura 5 se puede observar la relación de estos elementos teóricos y su relación ética.

Figura 5. Relación de Conceptos PAE, Modelo Virginia Henderson, consideraciones éticas



Fuente: Elaboración propia del autor L.E: Duarte Zamora Ismael.

V METODOLOGIA

5.1 Métodos e instrumentos utilizados

Para fines del estudio de caso se utilizó como modelo la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson y se conjuntó con el Proceso de Atención de enfermería.

La información se obtuvo, previa autorización del cuidador primario a través del Consentimiento Informado previa explicación del objetivo del seguimiento que se realizaría al niño (Anexo 1).

Los datos tanto objetivos y subjetivos fueron obtenidos mediante la fuente primaria que fue el paciente y secundarias como fueron el cuidador primario, expediente clínico, y personal de salud.

Para la recolección, clasificación y sistematización de datos se emplearon diferentes instrumentos, entre ellos la Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años (Anexo 2) para obtener; datos demográficos, la orientación de la familia y antecedentes individuales, el segundo instrumento utilizado corresponda al Formato de Reporte Diario (Anexo 3) con el que se realizó la valoración focalizada de las 14 necesidades empleando como métodos la entrevista, la observación y el método clínico específico para cada una de las necesidades.

Para la jerarquización de necesidades y abordaje de los diagnósticos de enfermería, se utilizó Continuum Independencia-Dependencia y la gráfica Relación entre duración y el grado de dependencia propuesta por Phaneuf (Figura 2 y 3).

VI PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Descripción del Caso

El presente estudio de caso corresponde a un lactante masculino de 1 año 6 meses de edad proveniente de Atizapán, Estado de México. Proviene de una Familia Nuclear la cual está conformada por Padre de 31 años de edad que se dedica a la agricultura sin toxicomanías aparentemente sano, madre que es cuidador primario de 25 años de edad se dedica al hogar y al cuidado del paciente aparentemente sana. Hermana mayor de 3 años de edad la cual el cuidador primario refiere ser aparentemente sana. Carga Genética Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica por abuelo paterno finado. Cuenta con una prima paterna con aparente Diagnostico de Epilepsia referida por cuidador primario.

Respecto a las relaciones afectivas se puede observar que es fuerte en relación a cuidador primario, la madre refiere ser fuerte también respecto a padre y abuelos paternos, sin embargo refiere no haberla acompañado en visitas hospitalarias desde inició de padecimiento, así que se manifiesta como débil en relación a abuelos maternos cuidador primario rehúsa hablar de ellos.

Actualmente habita en casa prestada ubicada en Atizapán Estado de México referido como un “cuarto” su tipo de construcción de paredes y techo es como de cemento y tabique. Cuenta con los siguientes servicios intradomiciliarios, Agua potable, Luz eléctrica y drenaje, estufa de gas. En ella habita la familia nuclear, es decir 4 personas en dos dormitorios. Niega Zoonosis, Niega contacto con humo de tabaco. Los ingresos económicos corresponden a 2500 pesos quincenales para el mantenimiento de los 4 miembros de la familia. Los medios de transporte de la localidad donde habita, refiere ser camiones y vagonetas colectivas y metro.

Es producto de la segunda gesta hijo deseado, no planeado. Inicia control prenatal a partir de 3° Mes de Gestación, con Ácido Fólico y Hierro, refiere asistir a 4 consultas, y refiere 4 USG reportados normales. Infección de Vías urinarias en una ocasión durante el segundo trimestre de embarazo

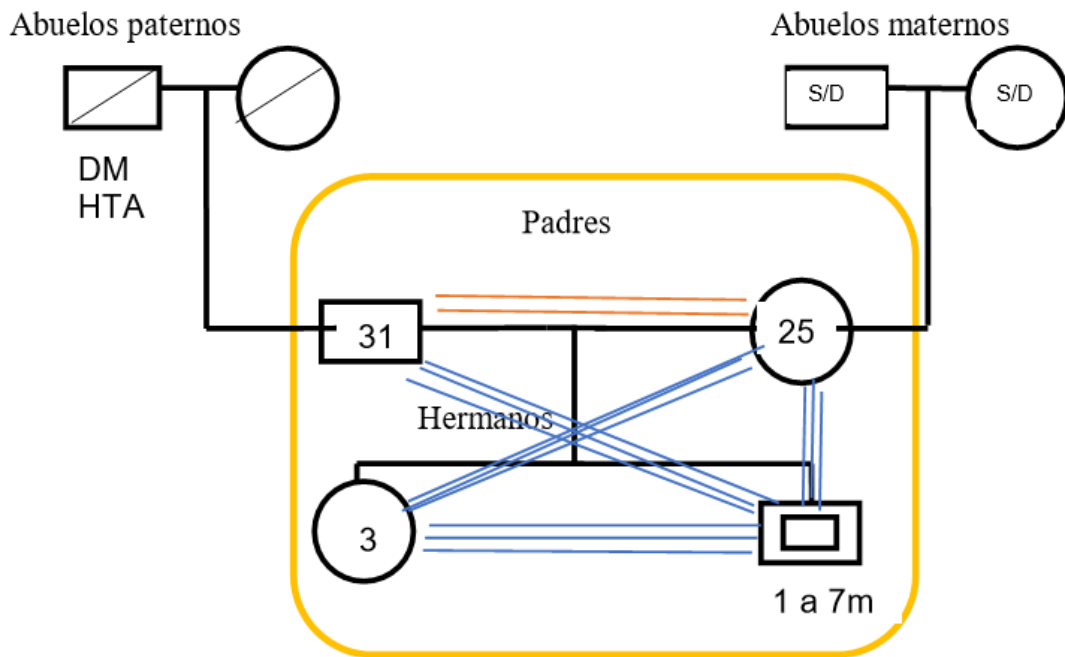
tratada y remitida ambulatoriamente en su clínica; refiere haber cursado con preeclampsia, nace a término de 40 SDG, llora y respira al nacer, no refiere maniobras de resucitación: APGAR No reportado ni referido en expediente clínico. Peso al nacer 2150gr, talla 48 cm. Refiere tamiz metabólico sin alteraciones. Alimentación; manifiesta haber brindado seno materno 3 meses, complementando con fórmula de inicio, Iniciando alimentación complementaria, a los 6 meses de edad con baja ingesta a base de papillas; Pollo, y fruta. Auxiliándose de Sonda Nasogástrica de larga permanencia en el hogar y a lo largo de las hospitalizaciones.

Inicia padecimiento de crisis convulsivas a los 2 meses de edad, y abordado directamente en HIMFG el día 22-06-16 presentando movimientos tónico-clónicos generalizados, abordado por el servicio de neurología, integran Diagnóstico Médico de Síndrome de West. Egresando a domicilio con tratamiento anticomitial. Posteriormente cursa con reingresos constantes al HIMFG a partir del 1-0ctubre-16 al 27- Febrero-17 cumpliendo con 8 hospitalizaciones secundarias a descontrol de crisis convulsivas y cuadros de neumonía y faringoamigdalitis aguda, egresando a domicilio con tratamiento médico correspondiente.

En el periodo comprendido del 30-03-17 al 21-07-17 cursa con una Hospitalización de larga estancia, Ingresando a urgencias por estado epiléptico secundario infección de vías respiratorias altas, integrando shock séptico, requiriendo apoyo ventilatorio fase III con Intubación oro-traqueal y apoyo aminérgico, remitiendo shock, y con adecuada evolución y sin compromiso cardiovascular egresa a domicilio. La última hospitalización 21-09-17 ingresa a Urgencias por iniciar padecimiento con fiebre 38° C datos de dificultad respiratoria, iniciando manejo antiviral por sospecha de NAC viral, es abordada por parte de servicio de Neumología en la Rx de tórax reporta micro aspiraciones sugiriendo y refiriendo en conjunto con el servicio de Cirugía General la realización de gastrostomía para disminuir el ingreso por Neumonía. En este momento se realiza abordaje en el servicio de Neurología para consentimiento informado y valoración focalizada de las 14 necesidades el día lunes 23 de Octubre 2017.

Figura 6. Mapa familiar

Mapa familiar



Elaboró: L.E Duarte Zamora Ismael

VII APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración y Jerarquización de las necesidades focalizadas

A continuación se presenta el habitus externo al momento de la valoración realizada así como las 14 necesidades, las cuales se presentan en dependencia, ordenadas de mayor a menor de acuerdo a su grado de dependencia.

7.1.1 Habitus Exterior

Masculino, edad lactante mayor de 1 año 7 meses apariencia igual a la cronológica, constitución media, eutrófico, conformación proporcionada y simétrica en relación a los segmentos corporales, actitud pasiva sobre cama hospitalaria, fascies somnolientas, Movimientos disminuidos, sin temblores, marcha no valorable, estado de consciencia; somnoliento hipoactivo, reactivo por momentos.

7.1.2 Necesidad de Oxigenación

Producto a término, obtenido por cesárea, respiro y lloro al nacer, no requirió apoyo ventilatorio, desconoce APGAR. Cuenta con la vacuna de BCG que se le aplicó una dosis a los 3 días de nacido. Jorge es propenso a problemas respiratorios, ha estado hospitalizado en múltiples ocasiones, en una ocasión requirió apoyo ventilatorio fase III por una semana. La madre refiere que al presentar crisis convulsivas es necesario administrar oxígeno por puntas nasales 1Lt/min debido a que llega a saturar hasta 88%, actualmente comenta que Jorge presenta muchas secreciones en la boca. A la exploración física se encuentra: Piel: Coloración palidez generalizada (+) hidratada, llenado capilar 2 segundos, Nariz; Integra, simétrica, con apoyo ventilatorio fase I por punta nasales a 1 Lt/min, adecuada entrada y salida de aire, no presenta secreciones. Boca; con Labios de coloración rosada, cavidad oral integra con sialorrea espesa blanquecina, no se observa crecimiento de tejido amigdalino. Cuello; corto, tráquea integra movable, pulsos carotídeos palpables de adecuada intensidad. Tórax; de forma ovalada normolíneo, movimientos de amplexión y amplexación simétricos frémito táctil aumentado a nivel basal, a la percusión sonido

hiperresonante en regiones intercostales bilateral hasta 9° espacio intercostal derecho matidez y 10° intercostal izquierdo timpánico. A la auscultación se integra murmullo vesicular disminuido, en campos pulmonar basal y estertores crepitantes a nivel apical bilateral y medio derecho. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de adecuada intensidad, y frecuencia. Pulsos Periféricos; Miembros Torácicos radial, braquial, y axilar bilaterales presentes de adecuada intensidad rítmicos. Miembros Pélvicos: Femoral, Poplíteo bilateral de adecuada intensidad rítmicos acordes a pulso central (2+).

Signos Vitales: FC: 111x' FR: 35x' T/A: 94/53 PAM 63 SPO2 100%

Datos de Laboratorio: pH. 7.42 pO2 151mmHg, pCo2 29.9 Hemoglobina 10.8 g/dL.

7.1.3 Necesidad de Alimentación

A la entrevista cuidador primario refiere, que durante la gestación de Jorge tomó suplementos a base de Ácido fólico y Hierro, presentó Preeclampsia obteniendo Producto a las 40 SDG por vía abdominal, refiriendo un peso al nacer 2150gr y talla 48 cm fue alimentado con seno materno a libre demanda hasta el inició de padecimiento a los 2 meses de edad, momento que refiere hacer uso de la sonda nasogástrica para alimentación a base de fórmula de inicio y posterior de continuación iniciando a los 6 meses alimentación complementaria con papillas vía oral compuestas de pollo, zanahoria, chayote y pera comiendo solo 1 a 2 porciones (50gr) de papilla, en dos ocasiones al día. No reporta alergias alimentarias y no ha notado preferencias o disgusto a ciertos alimentos. Actualmente madre refiere que Jorge come a través de sonda nasogástrica comiendo dieta licuada cada 4 Horas, dos en la mañana y dos en la tarde, refiere también que cursa con dificultad para deglutir la comida, y que recientemente le informan que sus problemas de Neumonía son provocadas por que las papillas han ingresado en su "tráquea" así que las papillas se le han retirado de la alimentación recientemente debido a un posible reflujo de la cavidad gástrica al esófago por este motivo precisa de ser alimentado por

gastrostomía. La cuidadora primaria refiere tener inquietudes de este procedimiento y su funcionamiento.

A la exploración física se encuentra con Cabello: abundante, de color negro brillante, de adecuada fuerza y resistencia a la tracción, textura suave a la palpación. Cejas y Pestañas: Gruesas de adecuada implantación y color similar al cabello, Ojos: Simétricos, hidratados sin secreción y conjuntivas rosadas. Nariz; Sonda Nasogástrica en narina derecha. Boca: Labios con mucosa deshidratada seca, dientes con 12 piezas en total, cavidad oral con paladar integro, lengua rosada integra, reflejo de deglución alterado. Abdomen; Inspección: redondo Simétrico, no se observa cicatrices de cirugía Auscultación: Ruidos hidroaéreos de 4 por minuto. Palpación: No integra signo de retirada, no se palpa hepatovisceromegalia abdomen ligera distención, pero depresible, sin masas. Percusión: Sonido mate en cuadrante superior derecho en área hepática, timpánico en resto de cuadrantes. Piel: con adecuada hidratación, y turgencias. Uñas: integras, de adecuada firmeza, coloración rosada.

Somatometría: Peso/edad: (percentil 3) Peso: 9.2 kg (82% peso ideal) (Percentil 15) Talla: 80 cm (96% Talla ideal) (Percentil 15) Perímetro Cefálico: 47 cm Perímetro Abdominal 46 cm, Perímetro Braquial 15cm Datos de Laboratorio: Albumina: 2.9 mg/dL Glucosas 98mg/dL. Dieta Prescrita: Licuados (Leche, Galletas María, queso panela, manzana, aceite vegetal): 800Kcal 5 tomas por 200 mL en horarios de 8:00, 12:00, 16:00, 20:00 y 24:00

7.1.4 Necesidad de Eliminación

A la entrevista, cuidador primario refiere que Jorge orina y evacua en pañal, usando hasta 6-8 pañales al día de los cuales 2 son de evacuaciones que manifiesta ser de consistencia “duras y cafés”, manifiesta que estas no tienen un olor característico, pero que ha notado que Puja al hacer la deposición desde que le han cambiado la dieta Licuada. Actualmente Cuidador Primario refiere que Jorge precisa de lactulosa para evacuar pues no ha hecho deposiciones en 24 horas, respecto a su patrón urinario, se ha

mantenido constante y no hay olor característico en orina. Se le interroga sobre la presencia de la diaforesis en Jorge, solo suda si lo envuelve mucho con la sabana.

A la Exploración física se encuentra Piel: con adecuada hidratación, y turgencias, sin diaforesis presente. Abdomen; Inspección: redondo Simétrico, no se observa cicatrices de cirugías. Auscultación: Ruidos Hidroaereos de 4 por minuto. Palpación: No integra signo de retirada, no se palpa hepatovisceromegalia abdomen ligera distensión, se palpa aumento de tamaño en cuadrante inferior izquierdo, sin masas. Percusión: Sonido mate en cuadrante superior derecho en área hepática, timpánico en resto de cuadrantes. Genitales; Íntegros de tamaño acorde a la edad, meato urinario centrado y permeable, Bolsa escrotal integra con testículos descendidos, no se observa edema, Ano permeable no se observa lesiones.

Datos de Laboratorio en 24Hr. EGO: pH 7 DU: 1010 Color: Amarillo paja. QS: Ácido úrico 2.6 mg/dl BUN: 4.2 mg/dl Creatinina 0.7 mg/dl Presenta Uresis: 550 ml en 24hrs. Gasto Urinario: 2.4ml/Kg/hr, Gasto Fecal: 0 en las últimas 24 horas.

7.1.5 Necesidad de Movimiento y Postura

A la entrevista cuidador primario manifiesta que desde inicio de su problema epiléptico a los 2 meses de edad, Jorge presenta movimientos anormales estos son caracterizados por aumento de la fuerza en brazos, movimientos de la cara, y disminución de la respiración, manifiesta que estas convulsiones son de hasta 15 episodios en el día razón por las que ha llegado a urgencias. También refiere que Jorge no es capaz de sostener su cabeza, no es capaz de gatear, a veces fija la mirada, se espanta con los sonidos fuertes que a veces llega hacerlo convulsionar. Actualmente refiere que Jorge no ha presentado movimientos anormales, ni convulsiones, refiere que esta acostado boca arriba la mayor parte del tiempo y mantiene espasticidad en sus brazos y piernas razón por la que usa sujetadores para evitar la salida accidental del Catéter que lleva.

A la Exploración física se encuentra cabeza: Normocéfalo, movimientos de flexión y extensión conservada. Nervios craneales I: olfatorio no valorable III IV y VI pupilas 3 mm isocóricas, normoreflexicas, reflejo fotomotor y consensual presentes. V Fuerza de maseteros disminuido, reflejo corneal bilateral presente. VII Se observa simetría facial, VIII Cloleopalpebral bilateral presente, IX y X: úvula central elevación simétrica del paladar. XI: Sostén Cefálico Incompleto, XII: Lengua central sin fasciculaciones.; Cuello: corto, con ausencia de tono muscular, hiperextensión hacia atrás a la sedestación. Columna vertebral; Simétricas sin curvaturas anormales se palpan vertebras sin protuberancias anómalas. Miembros Torácicos; Posición sobre abdomen Íntegros, simétricos, aumento del tono muscular; espasticidad, fuerza 2/5 e escala de Daniels movimiento de abducción ligeramente limitado, aducción íntegro, extensión limitado secundario a propia espasticidad, flexión conservado. Pélvicos: Simétricos íntegros en posición Geno-Varo, Tono muscular disminuido hipotónico, Fuerza Daniels 2/5 movimiento de abducción y aducción íntegro, extensión y flexión conservados. Reflejo: Babinski ligeramente presente.

Otros datos: Escala DENVER (Anexo 4): Motor Fino; Fracaso Franco. Motor Grueso; Fracaso Franco. Lenguaje: Fracaso Franco. Personal Social: Fracaso Franco. (Solo realiza lo de un niño de 1 mes de edad.

7.1.6 Necesidad de Descanso y sueño

A la entrevista cuidador primario manifiesta que para dormir Jorge precisa de la ingesta de benzodiazepinas, y a su vez cuenta con infusión midazolam I.V para controlar sus convulsiones y eso lo mantiene dormido. Manifiesta que es difícil decir cuantas horas duerme ya que actualmente durante la hospitalización se mantiene somnoliento con periodos de vigilia despierta pocas veces por ruidos hospitalarios. Manifiesta que el único momento donde duerme siestas es entre las 10:00-12:00 de 1 o dos horas posterior al baño ya que esto lo relaja. Acostumbra a dormirlo con la luz apagada y no refiere hacerlo con música suele acostarlo boca arriba.

A la exploración no se observa llanto, irritabilidad ni hiperemia periorcular, se observan fascies de somnolencia sin bostezos, se mantiene en la misma postura decúbito supino sobre cama hospitalaria grande para su edad.

Otros datos: Ramsey 4 puntos. Infusión de Midazolam 2.8 mcg/kg/min (0.7ml/Hr) Clonazepam 0.3 mg cada 8 horas

7.1.7 Necesidad de Higiene

Jorge recibe baño diario por parte de cuidador primario, y personal de enfermería en el momento actual de la hospitalización. Refiere que lo realiza por medio de Jabón de pasta suave hipoalergénico y shampoo para bebé de manzanilla. Al finalizar el baño utiliza crema corporal tipo Lubriderm de tapa dorada, y cambio de ropa. Realiza aseo de cavidad oral 2 veces al día, refiere cambio de pañal de 6-8 veces al día utilizando toallitas limpiadoras para el área de genitales. Cuidador primario refiere que a pesar de aseo diario Jorge presenta Pediculosis

A la Exploración física se encuentra piel hidratada limpia, cabello, cuero cabelludo a nivel coronal se observa eritema y discreta descamación blanquecina; uñas limpias, integra.

7.1.8 Necesidad de comunicación

Cuidador primario refiere que Jorge casi no llora, solo emite quejidos y muecas de disgusto cuando algo le molesta, manifiesta que se estresa con los ruidos fuertes al grado de convulsionar situación que no ha pasado últimamente, refiere cargarlo en brazos, sin embargo se observa que no le habla mucho, ni lo estimula.

A la exploración física de los órganos de los sentidos se encuentra: Tacto: Piel con sensibilidad al dolor en miembros torácicos y pélvicos Vista: Ojos: Íntegros, simétricos, Agudeza Visual; No Sigue objetos, campo visual no valorable, Pupilas Isocóricas. Olfato: Reactivo a olores como torundas alcoholadas y café; positivo en ambas narinas Oído: Pabellón auricular con forma redonda, adecuada implantación, simetría y tamaño, a la exploración instrumentada se observa presencia de cerumen bilateral, Gusto: distingue los sabores en los alimentos.

Otros datos DENVER: Fracaso Franco en las 4 Áreas del Desarrollo, tiene logros correspondientes a un niño de 1 mes de edad.

7.1.9 Necesidad de Termorregulación

Cuidador primario refiere que Jorge no tiene una sudoración excesiva, no reporta que pierda calor con facilidad. Refiere que la última vez que presentó fiebre fue al momento del ingreso pero se controló con Paracetamol, Jorge mantiene su temperatura dentro de los parámetros adecuados para su edad. Sin embargo al ingreso de la hospitalización manifiesta que Jorge presenta distermias que varían desde; Temperatura oral desde 36.°C hasta picos de 38.5°C durante la hospitalización

El clima donde habita Jorge es Frío y refiere que es sensible a los cambios de temperatura razón que complica sus cuadros de neumonías.

A la exploración física se observa piel sin datos de piloerección, palidez generalizada (+) se palpa piel con distribución de temperatura uniforme en tórax y pliegues, a nivel distal de miembros pélvicos se palpa temperatura fría.

Otros Datos: Temperatura Corporal al momento de exploración física. 36.9°C

7.1.10 Necesidad de Recreación

Cuidador primario refiere que Jorge secundario a su deterioro no es capaz de jugar, sin embargo refiere interactuar con el cantándole ya que considera el juego importante, respecto a juguetes manifiesta no contar con ninguno en la unidad hospitalaria debido a la falta de recursos económicos.

Se observa a Jorge Somnoliento, en cama hospitalaria grande para el tamaño donde no se encuentra ningún objeto lúdico, se observa Pantalla donde cuidador primario visualiza programas infantiles en compañía de Jorge en un horario de 15:00 a 20:00 Hr.

Escala: DENVER: Fracaso Franco en las 4 Áreas del Desarrollo

7.1.11 Necesidad de Vestido y Desvestido

A la entrevista cuidador primario refiere que la ropa que acostumbra a usar en casa está hecha de algodón, y refiere que cuenta con suficiente ropa para cambiarlo más de una vez al día si llega a ensuciarse. Actualmente refiere que durante las hospitalización debido al catéter que tiene Jorge y a los cables de monitorización conectados a los electrodos en el toráx lo mantiene con bata hospitalaria holgada con abertura hacia enfrente, manifiesta que se le dificulta el vestirlo y desvestirlo, lo mantiene vestido sin pantalón solo con su pañal, siendo el cambio de ropa hospitalaria diario y de pañal según lo requiera, refiere que él no coopera en el cambio de ropa pues su propia fuerza en los brazos dificulta cambiarle la pijama o el mameluco que le coloca. Refiere que Jorge no es capaz de abotonar botones o manipular cierres. Refiere Cuidador primario que ella es la encargada en elegir la ropa de Jorge, así como el tamaño de sus pañales. A la inspección Se observa a Jorge somnoliento con bata hospitalaria grande para su edad que lo cubre hasta las rodillas con abertura hacia enfrente no abotonada limpieza integra de ropa hospitalaria y ropa de cama, cuenta con pulsera de identificación hospitalaria en miembro torácico derecho, y pulsera roja en torácico izquierdo. Cuenta con un buró donde familiar puede colocar enseres de Jorge como pañales y toallitas limpiadoras, cuenta con un cobertor doblado sobre la cama hospitalaria. Otros Datos: DENVER: Motor Fino; Fracaso Franco. Motor Grueso; Fracaso Franco. Lenguaje: Fracaso Franco. Personal Social: Fracaso Franco. (Solo realiza lo de un niño de 1 mes de edad (Anexo 4)

7.1.12 Necesidad de Creencias y Valores

Cuidador primario refiere profesar la religión católica, sin embargo refiere no asistir al oratorio de la institución por falta de tiempo pues siente la necesidad de estar en compañía de Jorge. Manifiesta sentirse ya desentendimiento de Dios por la enfermedad de Jorge sin embargo se mantiene optimista y con Fé a su recuperación.

A la inspección no se encuentra amuletos religiosos en Jorge ni se observan imágenes religiosas en la unidad.

7.1.13 Necesidad de Realización

A la entrevista cuidador primario refiere que Jorge es su segundo hijo, no planeado deseado y aceptado por ella y padre, refiere que ser madre es una gran experiencia que toda mujer debe conocer, refiere no contar con el apoyo de sus suegros con quienes comparte misma unidad habitacional sin embargo, manifiesta bastarle el apoyo del padre quien se encarga de su hija mayor de 3 años de edad, conformada por este núcleo familiar de madre padre hija mayor y Jorge las relaciones son fuertes hacia los hijos pero de estrés entre padres. Refiere madre que es la principal en cuidar a Jorge y este recibe visitas por parte del padre en pocas ocasiones porque se encarga de cuidar a su hija mayor. Cuidador primario refiere sentirse cansada pero sin embargo está comprometida con el cuidado de Jorge y espera de él su pronta recuperación para volver a su casa y cuidar también a su niña. Se le pregunta acerca de su satisfacción frente al apoyo de su familia con Jorge y se siente a veces satisfecha, en relación a los problemas en el hogar manifiesta conversarlos casi siempre con su esposo (padre) Refiere que las decisiones las toma ella en su mayoría, no está satisfecha con el tiempo que pasa con su familia, y ella sabe que su familia la quiere por el apoyo brindado.

Se observa a cuidador primario cansado, con bostezos constantes, y el trato hacia el niño es cálido, gentil y le habla con palabras suaves.

Escalas: APGAR FAMILIAR: 4 moderadamente funcional

7.1.14. Necesidad de Aprendizaje

A la entrevista cuidador primario refiere que Jorge nunca ha asistido a la guardería por cursar con diferentes hospitalizaciones, no ha sido capaz de interactuar con su entorno desde el inició de su padecimiento, refiere la madre saber muy poco de la enfermedad de su niño, y manifiesta que le gustaría que le hablara más acerca de la enfermedad de su hijo.

Exploración física: Cabeza: Normocéfalo, sin cicatrices, se palpa fontanela anterior abierta 1 cm, con adecuada hidratación. Pares Craneales I: No valorable III IV y VI pupilas 3 mm isocóricas, normoreflexivas, reflejo fotomotor y consensual presentes. V Fuerza de maseteros disminuido, reflejo corneal bilateral presente. VII Se observa simetría facial, VIII Clocleopalpebral bilateral presente, IX y X: úvula central elevación simétrica del paladar. XI: Sostén Cefálico Incompleto, XII: Lengua central sin fasciculaciones. (ver Anexo 4)

7.1.15 Necesidad de Seguridad y Protección

Cuenta con cartilla de vacunación con las siguientes vacunas: BCG: 1er dosis, Hepatitis B 2 Dosis, DPT 1 Dosis, Hib 1 dosis, Sabin 1 dosis, Neumococo: 1 dosis, rotavirus: 1 dosis, SRP, 1 Dosis. Respecto a peligros en Acude a consultas hospitalarias al menos 1 vez al mes. Madre funge como cuidador primario la cual se encarga de la mayor parte del cuidado de Jorge, acude a sus citas al hospital con la ayuda de su esposo en el transporte público, como medidas de seguridad en el hogar cuenta con cuna para Jorge con barandales y mantiene sustancias peligrosas alejadas de él.

A la exploración física se encuentra piel: adecuada turgencia sin pérdida de continuidad, íntegra salvo por dispositivo; acceso venoso central en subclavio izquierdo, cubierto con apósito transparente; sucio con ligero sangrado en sitio de inserción, no se palpa ganglios linfáticos aumentados desde cadena maxilar hasta inguinal.

En el entorno se observan bombas de infusión y equipo de monitorización no invasivo. Sobre Cama hospitalaria con barandales en alto.

Datos de Laboratorio: Leucocitos: $7.30 \times 10^3/\text{microlitro}$ Neutrófilos 22%

Linfocitos 52% Monocitos 7% Eosinófilos 18% Basófilos 1% Plaquetas $249\,000 \times 10^3/\text{Microlitro}$ INR 1.11 TTP 23.3.

Riesgo de Caídas: 9 puntos alto riesgo de caídas, Braden Q: 16 puntos = Alto riesgo a Ulceras Por Presión (UPP).

7.2 Proceso diagnóstico

Posterior al análisis de los datos recabados se identificaron las necesidades en dependencia y sus fuentes de dificultad, lo cual permitió la formulación de los diagnósticos de enfermería, se utilizó el formato PESS: Problema, Etiología, Signos y síntomas para los enunciados reales, para los diagnósticos de riesgo se utilizó el formato PE: Problema y Etiología. Se usaron los conectores relacionado con (r/c) para unir la Etiología y manifestado por (m/p) para los signos y síntomas.

De las 14 necesidades analizadas y valoradas se formularon: 14 diagnósticos reales.

A continuación en la Figura 6 se enlistan los diagnósticos formulados de enfermería jerarquizados por necesidad especificando el nivel y grado de dependencia, así como la fuente de la dificultad, el rol de enfermería el tipo de prioridad asignada a cada necesidad.

7.2.1 Jerarquización de los diagnósticos de enfermería

En la figura 6 se describe la fecha de identificación, la necesidad, el diagnóstico de enfermería así como el nivel y grado de dependencia, la fuente de la dificultad, así como el rol de enfermería que se aplicara, por último la prioridad que puede ser alta, media y baja.

Figura 7. Jerarquización de diagnósticos de enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Fecha	Necesidad	Diagnóstico	Nivel y grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería	Prioridad
Octubre 2017	1. Movimiento y Postura	<ul style="list-style-type: none"> Alteración en el Movimiento y postura r/c falta de fuerza por deterioro neuromuscular m/p ausencia de sostén cefálico, mantiene postura decúbito supino por tiempo prolongado, no cambiar de postura por sí mismo, tono muscular aumentado en miembros torácicos e hipotonía en miembros pélvicos. 	Dependencia grado 6 por varios años	Fuerza Conocimientos Voluntad	Ayuda	Alta

Octubre 2017	2. Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> Limpieza Ineficaz de la vía aérea r/c aumento de secreciones m/p sialorrea abundante en cavidad oral, frémito táctil aumentado, estertores crepitantes en campos pulmonares apicales. 	Grado 6 Por algunas Semanas	Fuerza	Ayuda	Alta
Octubre 2017	3. Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> Alteración en la alimentación r/c disminución en la ingesta de alimentos m/p Bajo peso para la edad 9.2 kg (82% peso ideal) (Percentil 15) 	Dependencia grado 6 por varios años	Fuerza	Suplencia	Alta
Octubre 2017	4. Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> Alteración en la Eliminación intestinal r/c motilidad intestinal disminuida m/p ruidos hidroaereos disminuidos 4x', Abdomen distendido a la palpación y cuadrante inferior izquierdo. 	Dependencia grado 6 por algunos días	Fuerza	Ayuda	Alta
Octubre 2017	5. Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"> Dependencia en la necesidad de Sueño r/c falta de fuerza para mantener un patrón de sueño autónomo m/p Somnoliento por periodos breves y respuestas a la luz y el sonido 	Dependencia grado 6 por algunos días	Fuerza	Suplencia	Alta
Octubre 2017	6. Higiene	<ul style="list-style-type: none"> Dependencia en la necesidad de Higiene r/c Falta de conocimientos de cuidador en el aseo del cabello m/p Pediculosis 	Dependencia Grado 6 por algunos días	Conocimiento	Ayuda	Alta

		enrojecimiento de cuero cabelludo y descamación.				
Octubre 2017	7. Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Dependencia en la Comunicación r/c Falta de Estimulación por parte de cuidador primario m/p, (DENVER: 1 mes de edad) emite quejidos y muecas 	Dependencia grado 5 por algunos meses	Fuerza Voluntad Conocimiento	Ayuda	Alta
Octubre 2017	8. Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> Alteración en la Termorregulación R/c falta de fuerza para mantener la temperatura corporal uniforme m/p Temperatura oral desde 36.°C hasta picos de 38.5°C durante la hospitalización 	Dependencia Grado 3 por algunos días	Fuerza	Ayuda	Alta
Octubre 2017	9. Recreación	<ul style="list-style-type: none"> Dependencia en la necesidad de Recreación r/c falta de conocimientos para realizar actividades lúdicas m/p Actividades recreativas mínimas, baja interacción y contacto madre-hijo 	Dependencia grado 4 por algunos días	Conocimientos	Ayuda	Alta
Octubre 2017	10. Vestido y Desvestido	<ul style="list-style-type: none"> Dependencia en el Vestido y Desvestido r/c falta de conocimiento de la madre m/p incompetencia de la madre sobre el uso correcto de la ropa hospitalaria. 	Dependencia Grado 3 por algunos días	Fuerza Voluntad conocimientos	Ayuda	Media

Octubre 2017	11. Creencias y Valores	<ul style="list-style-type: none"> Dependencia en las creencias espirituales de la madre r/c falta de tiempo para asistir a ritos religiosos m/p verbalización de requerir vigilancia estrecha 	Dependencia grado 3 por algunas semanas	Voluntad	Acompañamiento	Media
Octubre 2017	12. Realización	<ul style="list-style-type: none"> Cansancio de cuidador primario r/c cronicidad de la enfermedad del hijo m/p expresión verbal de cansancio 	Dependencia grado 3 por algunos meses	Voluntad	Ayuda	Media
Octubre 2017	13. Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> Dependencia en la necesidad de Aprendizaje r/c Falta de conocimientos del cuidador primario sobre enfermedad y tratamiento del niño m/p verbalización de la madre. 	Dependencia grado 3 por algunos días	Conocimientos	Ayuda	Media
Octubre 2017	14. Seguridad y Protección	<ul style="list-style-type: none"> Alteración en la seguridad y protección r/c asistencia terapéutica m/p dispositivo intravascular central con apósito transparente; sucio con ligero sangrado en sitio de inserción. 	Dependencia Grado 3 por algunas semanas	Voluntad Fuerza	Ayuda	Alta

Elaboró: L.E Duarte Zamora Ismael

8. Proceso de Planeación

La etapa de planeación comprende la tercera fase del proceso de atención de enfermería, en donde una vez recolectados y procesados los datos en la etapa de valoración, posterior al enunciado del problema en la etapa de diagnóstico, se procede en esta etapa a cuatro fases fundamentales:

- Jerarquizar y establecer prioridades
- Establecer objetivos
- Elección de intervenciones y fundamentación
- Documentación del plan de Intervenciones.

Se realizó un plan de intervenciones para cada necesidad tratando de dar solución a cada diagnóstico enunciado. El plan de intervenciones está compuesto por una ficha de identificación, la cual contiene; nombre, edad, fecha de ingreso, fecha de identificación, servicio, necesidad alterada, grado de dependencia, fuente de dificultad, y el tipo de prioridad.

Para el establecimiento de objetivos en base al problema enunciado se redactaron de la siguiente manera; sujeto, verbo, condición, criterios y momento.

La elección de intervenciones fueron dirigidas al objetivo planteado y se definió una fundamentación por cada intervención incluida en los planes individualizados.



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F. **Registro:** 85321
Edad: 1 año 7 meses **Fecha de Nacimiento:** 28-04-2016
Fecha de Ingreso: 21-09-17 **Servicio:** Neurología

Plan de intervención: Movimiento y Postura

Grado y tiempo de Dependencia: 6 por varios años

Tipo de Prioridad: Alta

Fuente de dificultad: fuerza, conocimiento y voluntad

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Alteración en el Movimiento y postura r/c falta de fuerza por deterioro neuromuscular m/p ausencia de sostén cefálico, mantiene postura decúbito supino por tiempo prolongado, no cambiar de postura por sí mismo, tono muscular aumentado en miembros torácicos e hipotonía en miembros pélvicos.	El paciente será capaz de mantener una postura adecuada a través de un plan terapéutico de movilización y estimulación involucrando al cuidador primario esto en un plazo no mayor a 2 Horas

Intervención	Fundamentación
1.-Valorar la necesidad de movimiento y postura diariamente (Independiente) Acciones: a) Interrogar al cuidador primario acerca de un cambio significativo en el movimiento y la postura.- “¿J. Ha presentado movimientos anormales ej: convulsiones?”, “¿Ha mejorado o empeorado las	1. 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 protegerse de traumatismos y para cubrir sus

espasticidad en los brazos y piernas?”, “¿Ha tenido una limitación en el movimiento?”

b) Realizar la exploración física musculoesquelético vigilando el tono muscular y grado de movimiento a nivel de cuello, de miembros torácicos y pélvicos, así como también aumento de la espasticidad

c) Observar la presencia de fasciculaciones que puedan indicar la presencia de un estatus epiléptico.

2.- Terapia de ejercicios pasivos de amplitud de movimiento (ADM) cada 12 horas (Interdependiente)

Acciones:

- a) Realizar el lavado de manos previo contacto con el paciente
- b) Explicar y comprobar que el cuidador primario entiende los motivos para hacer los ejercicios en la ADM.
- c) Establecer el plan terapéutico en conjunto con los profesionales de fisioterapia:

1. Miembros Torácicos;

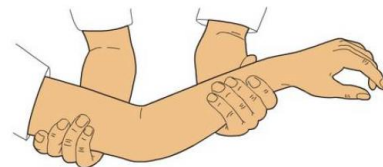
Hombro:

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

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

necesidades básicas. La movilidad es fundamental para mantener la independencia.¹⁷

2 y 3. 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).³¹

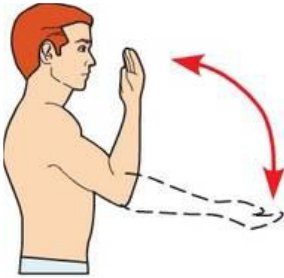




Codo:

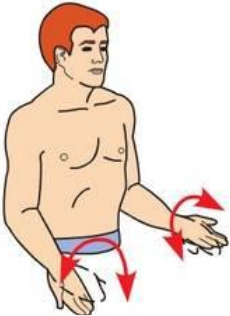
Flexión. Mover el antebrazo y el brazo para que la mano quede a la altura del hombro.

Extensión. Mover el antebrazo hacia delante y atrás, enderezando el brazo.



Rotación por supinación. Girar la mano y el antebrazo de manera que la palma de la mano quede hacia arriba.

Rotación por pronación. Girar la mano y el antebrazo para que la palma de la mano quede hacia abajo.

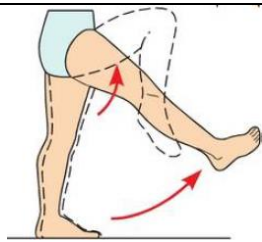


2. Miembros Pélvicos:

Cadera

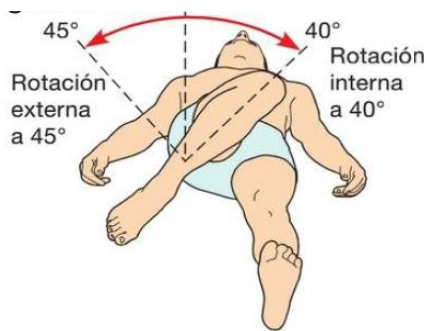
Flexión. Mover la pierna hacia delante y hacia arriba. La rodilla puede estar extendida o flexionada

Extensión. Mover la pierna hacia atrás manteniéndola al lado de la otra pierna



Rotación interna. Flexionar la rodilla y la cadera a 90°. Separar el pie de la línea media. Mover el muslo y la rodilla hacia la línea media.

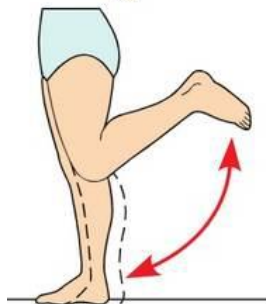
Rotación externa. Flexionar la rodilla y la cadera a 90°. Acercar el pie a la línea media. Alejar el muslo y la rodilla de la línea media.



Rodilla:

Flexión. Doblar la pierna, acercando el talón a la parte posterior del muslo.

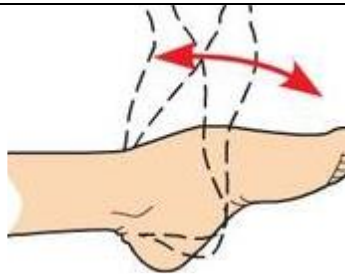
Extensión. Enderezar la pierna, volviendo el pie a su posición al lado del otro pie.



Tobillo:

Extensión (flexión plantar). Inclinar los dedos del pie hacia abajo.

Flexión (flexión dorsal). Inclinar los dedos del pie hacia arriba.



Pie:

Eversión. Girar la planta del pie lateralmente

Inversión. Girar la planta del pie medialmente



- d) 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.
- e) Apoyar la extremidad del paciente por encima y por debajo de la articulación, para prevenir distensiones y lesiones.
- f) Mover las partes del cuerpo despacio, suave y rítmicamente.
- g) Repetir cada ejercicio entre tres y cinco veces, dependiendo del grado de tolerancia del paciente
- h) 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.
- i) Los movimientos deben ser sistemáticos y seguir la misma secuencia durante cada sesión

- j) Realizar una sesión al finalizar el baño y una más antes de dormir
- k) Dejar cómodo al paciente en una posición manteniendo una postura que mantenga la alineación corporal

INTERVENCIONES

3. Terapia de Ejercicios Motores cada 24 horas durante la hospitalización (INTERDEPENDIENTE)

Actividades

- a) Después del baño recuesta al lactante sobre la cama hospitalaria.
- b) No forzar la respuesta si no quiere hacer las actividades.
- c) Repite las series de ejercicios por lo menos cinco veces.
- d) Acompaña las actividades con música relajante (Claro de Luna-Debussy).
- e) 30 minutos antes del siguiente toma de alimento pinzar sonda nasogástrica.
- f) Comenzar con los ejercicios indicados.

Control Cefálico

1. Recuéstale boca abajo sobre una superficie firme y extiende sus brazos. Llama su atención con un objeto brillante o mediante sonidos graciosos o alegres.
2. Recuéstale boca arriba. Toma suavemente sus brazos y levántale hasta sentarle. Sostenle con

firmeza. Luego recuéstale de lado para que se incorpore otra vez.

3. Boca abajo, sobre una superficie dura y apoyado(a) en sus antebrazos, acaricia su espalda o pasa tus dedos a los lados de su columna vertebral, bajando desde el cuello hacia la cadera, pero NUNCA en sentido contrario.
4. Cárgale para que sostenga la cabeza.



Motor Fino

1. Para evitar que tenga las manos cerradas mucho tiempo, frótalas con tus dedos desde el dedo meñique hasta la muñeca.
2. Con el pulgar y el índice toma uno por uno los dedos del bebé desde su base y desliza hasta la punta, dándole un jaloncito suave al final.
3. Para ayudarlo a abrir sus manos, frota con una brocha o toalla la base de la mano hacia afuera extendiendo su dedo pulgar.

4. Si abre bien la mano pero no puede sostener un objeto, ayúdalo doblando sus dedos alrededor de éste.
5. Coloca una sonaja en su mano y ayúdalo a agitarla varias veces para que trate de imitar el movimiento. Cuida que no se golpee.



6. Ejercicios para estimular la sensibilidad del rostro:
 - Pon tus pulgares en el centro de la frente del bebé y deslízalos simultáneamente hacia los lados.
 - Haz lo mismo en sus mejillas, colocando tus dedos a los lados de la nariz. Para estimular los labios, haz el mismo movimiento, como si marcaras los bigotes.



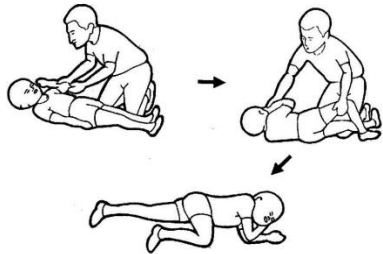
4. Cambios de posición manteniendo la alineación corporal cada 2 horas (Independiente)

Acciones:

- a) Comprobar que el colchón es firme y que tiene elasticidad suficiente para acoger y soportar las curvaturas naturales del cuerpo.
- b) Comprobar que la cama está limpia y seca.
- c) Colocar un dispositivo de soporte (almohadilla) en las zonas especificadas según la posición del paciente y de acuerdo al tamaño.
- d) Evitar poner una parte del cuerpo, en particular una que tenga prominencias óseas, directamente sobre otra parte del cuerpo.
- e) Planificar un calendario sistemático de 24 horas para los cambios de postura.
- f) Posición Fowler
- g) Posición Decúbito Lateral Izquierdo con elevación de la cabecera a 30°

4. 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.³²

h) Posición Decúbito Lateral Derecho con elevación de la cabecera a 30°



5. Educación al familiar para la asistencia de la necesidad de mantener movimiento y postura (Independiente)

Acciones:

- Enseñar el rendimiento sistemático de los ejercicios pasivos o asistidos en la ADM para mantener la movilidad articular.
- 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.

5. 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.¹⁷

- c) Hacer mención de los beneficios de la movilización continua sistematizada para las demás necesidades (Oxigenación y Nutrición)
- d) Establecer el horario sistemático para realizar cambios de posición en conjunto con el cuidador primario para que el plan sea efectivo



Evaluación

Estructura: El plan de cuidados fue llevado a cabo en la unidad hospitalaria del paciente donde se trabajó con los recursos y materiales disponibles como fueron cama y ropa hospitalaria suficiente y almohadillas provistas por el familiar.

Proceso: Las intervenciones propuestas y llevadas a cabo son especializadas para J. para que así logre disminuir la independencia en la necesidad de mantener un movimiento y postura adecuada.

Resultado: La dependencia de la necesidad disminuyó a un nivel de dependencia grado 5 sin embargo esta seguirá siendo una dependencia total por algunos años.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.	Registro: 85321
Edad: 1 año 7 meses	Fecha de Nacimiento: 28-04-2016
Fecha de Ingreso: 21-09-17	Servicio: Neurología

Plan de intervención: Oxigenación

Grado y tiempo de Dependencia: 6 por algunas semanas

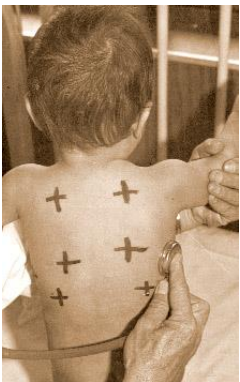
Tipo de Prioridad: Alta

Fuente de dificultad: Fuerza

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c Aumento en secreciones m/p sialorrea abundante en cavidad oral, Frémito táctil aumentado, Estertores crepitantes en Campos pulmonares apicales.	El lactante será capaz de mantener una oxigenación adecuada a través de la aplicación de cuidados a la vía aérea que mejore la función respiratoria mientras lo requiera.

Intervenciones	Fundamentación
<p>1.- Valorar la necesidad de oxigenación cada 4 horas todos los días (independiente)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Interrogar a la madre sobre nuevas alteraciones observadas en la oxigenación- “¿Ha notado algún cambio en la respiración? ¿Se agita en algún momento? ¿Ha cambiado su coloración pálida a azulada? ¿Ha requerido una mayor concentración de oxígeno en las últimas 24 horas?</p> <p>b) Realizar exploración física del aparato cardiorrespiratorio; vigilando la amplexión y amplexación completa bilateral y ausculte los campos pulmonares verificando que no exista un aumento de crepitantes que sobrepase el lóbulo medio o basal.</p> <p>c) Revisar actualizaciones de estudios de Laboratorio y Gabinete. Vigilar Hemoglobina y gases sanguíneos de ser preciso.</p>  <p>2. Aspiración de la vía aérea a través de un dispositivo de aspiración cada que sea necesario (Independiente)</p> <p>Precauciones</p>	<p>1. La valoración y el mantenimiento de la permeabilidad de las vías respiratorias es una de las responsabilidades del profesional de enfermería, y a menudo, obliga a una intervención inmediata.¹⁷</p> <p>2. La aspiración nasorofaríngea es una intervención esencial en el mantenimiento de las vías respiratorias, y debe ser realizado por el profesional de enfermería con experiencia, habilidad y conocimiento de los riesgos.³³</p>

- No aspirar de forma rutinaria, hacerlo solo cuando sea necesario

Preparación del material

Comprobar el estado, funcionamiento y caducidad del material a utilizar.

- Regulador de potencia de aspiración.
- Frasco contenedor de aspiración.
- Bolsa de aspiración.
- Tubo conector tipo bulbo.
- Sondas de aspiración estériles, desechables de calibre 8 Fr
- Envase de agua estéril para lavado del sistema
- Guantes estériles
- Mascarilla y gafas de protección ocular.
- Bolsa de plástico para residuos
- Fuente de oxígeno y flujómetro.

Preparación del niño

- Proporcionar intimidad al paciente corriendo las cortinas de la habitación
- Informar al familiar y paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.
- Solicitar la colaboración del familiar para la contención del paciente
- Colocarle en posición Semifowler, con el cuello en hiperextensión para la aspiración nasal, y con la cabeza girada hacia un lado en la aspiración vía oral.

Técnica

Realizar higiene de manos

- Ponerse mascarilla, gafas de protección ocular y bata.

- Comprobar la presión negativa de la unidad ocluyendo el extremo de los tubos de succión antes de conectar la sonda de aspiración. Se recomienda una presión negativa de 80-100 mm de Hg en niños •Colocarse los guantes estériles.
- Tomar la sonda con la mano dominante y conectarla a la unidad de aspiración. • Calcular de forma aproximada la profundidad de inserción de la sonda (distancia entre el lóbulo de la oreja y la punta de la nariz). Lubricar el extremo de la sonda con suero fisiológico.
- Para aspirar la cavidad orofaríngea, insertar la sonda a través de la boca suavemente a lo largo de un lateral hasta la orofaringe.
- Insertar la sonda suavemente sin aplicar aspiración a través de la boca, o una de las narinas.
- Realizar la aspiración: para ello aplicar el dedo pulgar sobre el orificio de control de la aspiración, o desclampar la sonda.
- Extraer la sonda y aspirando de forma continua.
- No prolongar la aspiración durante más de 15 segundos para evitar trauma en la mucosa e hipoxia.
- Aumentar el aporte de oxígeno brevemente, si precisa.
- En caso de necesitar otra aspiración, dejar descansar al paciente 20-30 segundos antes de introducir nuevamente la sonda.
- Desechar la sonda utilizada y limpiar el tubo conector con agua estéril.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Asegurarse de que el equipo quede disponible para una próxima aspiración
- Documentar la intervención en la forma de enfermería

<p>3. Movilizar secreciones de lóbulo apical a través de Fisioterapia Pulmonar Vibraciones, al menos 1 vez cada 24 horas (INDEPENDIENTE)</p> <p><i>Vibraciones;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizan sobre el tórax del paciente, con la palma de la mano extendida haciendo contacto total con la caja torácica, realice una tensión muscular del antebrazo (con contracción isométrica de músculos agonistas y antagonistas del antebrazo) y vibre la mano. • Flexionar el codo al momento de la vibración. Llevar a cabo en la fase espiratoria de la respiración y desde la base de las costillas hacia la tráquea. • En caso que se dificulte la vibración, realizar sacudidas con movimiento laterales de la mano <p><i>Percusión</i></p> <p>Con la palma de la mano en posición hueca o cóncava se realiza palmoteo sobre la caja torácica. En esta técnica no debe causar dolor.</p> <p><i>Técnica</i></p> <p>Colocar a Jorge en las piernas de la mamá</p> <p>Estando sentado, inclinar levemente hacia adelante y hacia atrás para quedar en posición semifowler. En estas posiciones se drenan los lóbulos superiores de ambos pulmones.</p> <p>Realice vibración y /o percusión en ambos lados (derecho e izquierdo); en la cara anterior del tórax desde la clavícula hacia el área de la carina; en la cara posterior del tórax desde la parte superior de la escapula hacia la carina. Trabajar cada posición de 1 a 4 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precaución: no realizar percusión en la región precordial. 	<p>3. La rehabilitación respiratoria tiene como objetivo facilitar la eliminación de las secreciones traqueobronquiales y, secundariamente, disminuir la resistencia de la vía aérea, reducir el trabajo respiratorio, mejorar el intercambio gaseoso.³⁴</p>
--	---

La secuencia de PVD (Percusión Vibración Drenaje) suele ser la siguiente: colocación, percusión, vibración y eliminación de las secreciones mediante la aspiración. Después de PVD, el profesional de enfermería auscultará los pulmones del paciente, comparará con los resultados basales y documentará la cantidad, color y características de las secreciones expectoradas.

Enseñar la importancia de la fisioterapia pulmonar así como la técnica al familiar para que esta pueda ser efectiva y llevada a cabo sin la necesidad del personal de salud



4. Administración de Oxigenoterapia a Bajo flujo por razón necesaria (INTERDEPENDIENTE)

Eliminar las secreciones bucales, nasales según corresponda

Mantener la permeabilidad de la vía aérea

Preparar el equipo de oxígeno y administración a través de un sistema de humidificación.

Administrar oxígeno suplementario de acuerdo a las necesidades y el requerimiento

Vigilar el flujo de litros de oxígeno

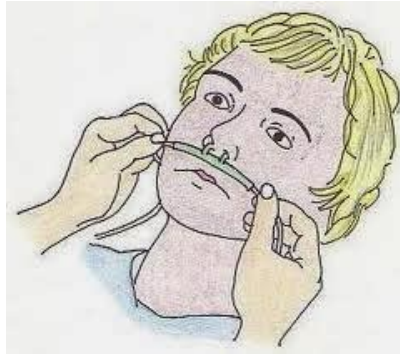
Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno periódicamente

Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (Pulsioxímetro, gasometría arterial) según corresponda

Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno

4. Con el fin de prevenir y tratar los síntomas y las complicaciones de la hipoxia, cualquiera que sea su etiología, la administración de oxígeno a concentraciones mayores a las del aire ambiente (21%), debe ser la primer estrategia implementada en los pacientes. Considerado como un medicamento, la prescripción de oxígeno

Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno



5. Educación y enseñanza sobre la necesidad de oxigenación al cuidador primario en un plazo de 24 horas (independiente)

a) El familiar conocerá e identificará los signos de alarma en el niño sobre dificultad respiratoria: Aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción torácica, coloración pálida o marmórea, o cianosis franca en extremidades o en mucosas.

b) Enseñar al cuidador primario el uso de dispositivos de aspiración así como la técnica y manejo de las secreciones

c) Educación al familiar para optimizar el cuidado hacia la oxigenoterapia adecuada de Jorge así como su disminución hacia el tiempo de uso para disminuir complicaciones.

suplementario con fines terapéuticos debe encontrarse suficientemente fundamentada y el suministro debe ser de forma correcta y segura.³⁵

5. El profesional de enfermería enseña al familiar las actividades relacionadas con la asistencia para mantener una vía respiratoria permeable y el intercambio de gases y para favorecer la respiración sana. También enseña las modificaciones alimentarias, los medicamentos prescritos y los procedimientos específicos.³⁶

Evaluación

Estructura: Las intervenciones de enfermería se realizaron en la unidad del servicio de hospitalización de Neurología donde J. está instalado, se contó con los recursos adecuados para la llevar las actividades.

Proceso: Las intervenciones y sus acciones se fundamentan para mejorar la permeabilidad de la vía aérea, este cuidado a la necesidad de la oxigenación debe apoyarse en el familiar pues el cuidador primario será la primera línea en notificar verbalmente la evaluación ya sea favorable o no, sin embargo la baja escolaridad de la madre dificulta la optimización de educación para la salud.

Resultados: Las intervenciones se lograron con eficacia mejorando la oxigenación de Jorge a una SPO2 100% en un plazo menor a 4 horas, la aspiración de secreciones se realizó sin problemas, se motivó a cuidador primario a realizar la fisioterapia pulmonar explicando su importancia, el uso de la cámara espaciadora ha sido eficaz en el manejo de la aspiración reduciendo su uso a solo por razones necesarias, la educación para la salud se basó al manejo de la vía aérea y el cuidador primario logró reconocer los datos de alarma como dificultad al respirar y cambios de coloración. La dependencia se redujo a 4 grado a solo necesitar la asistencia del profesional de enfermería.



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.

Registro: 85321

Edad: 1 año 7 meses

Fecha de Nacimiento: 28-04-2016

Fecha de Ingreso: 21-09-17

Servicio: Neurología

Plan de intervención: Alimentación

Grado y tiempo de Dependencia: 6 por varios años

Tipo de Prioridad: Alta

Fuente de dificultad: Fuerza

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Suplencia

Diagnostico	Objetivo
Alteración en la nutrición r/c disminución en la ingesta de alimentos m/p Bajo peso para la edad 9.2 kg (82% peso ideal) (Percentil 15)	El lactante obtendrá un plan alimenticio acorde a su edad y estado neurológico a través de cuidados de alimentación enteral por sonda nasogástrica involucrando al familiar en un plazo no mayor a 8 horas.

Intervención	Fundamentación
1. Valoración de la necesidad de Alimentación cada 24 horas (Independiente) Acciones:	1. Una valoración nutricional es aquella que evalúa un crecimiento y desarrollo adecuado somático, psicológico y social evitando los estados

a) Interrogar: A personal médico; cambios en los laboratorios, como electrolitos, y funcionamiento hepático y renal, para modificar dieta prescrita.

b) Observar; Constitución corporal.

c) Exploración Física; Piel; coloración, turgencia. Abdomen: Inspección; Color, Auscultar; Ruidos intestinal Percusión; en busca de anormalidades. Palpación; en busca de dolor, fecalomas. Medición; en busca de un aumento o disminución del perímetro abdominal.

d) Somatometría; Valoración de Peso, Talla Perímetro Braquial, Perímetro Cefálico.



2. Instalación de Sonda Nasogástrica cada que sea necesario durante la hospitalización (Independiente)

Acciones:

a) Identificar la necesidad de una sonda orogástrica: para alimentación

carenciales. Las necesidades varían en función de la etapa del desarrollo y las diferencias genéticas y metabólicas individuales.

Un método confiable y recomendado para evaluar el estado nutricional es el enfoque ABCD. A: Antropometría. B. Datos Bioquímicos. C: Clínica, signos clínicos del estado nutricional del paciente. D: Historia clínica deitética.¹⁷

2. Una sonda gástrica es un tubo que pasa al estómago por la nariz o la boca como medio de satisfacer las necesidades nutricionales de un paciente, administrar medicamentos,

b) Explicarle al cuidador primario y paciente en qué consiste la técnica que vamos a realizar y pedirle su colaboración.

c) Reunir los materiales adecuados para la instalación: Sonda Nasogástrica, un par de guantes, que no necesariamente han de ser estériles, jeringa de 20, estetoscopio, un tapón para la sonda y/o una bolsa colectora adaptable a la luz de la sonda, gasas, Cinta adhesiva de tela no tejida (Hypafix), cinta de lino.

d) Posicionar al paciente, el familiar o algún otro personal de salud requerirá contener al niño durante la inserción de la sonda nasogástrica. Puede envolverse al paciente.



e) Realizar medidas de protección; Higiene de manos y colocarse los guantes. Colocarse los lentes, googles, o anteojos.

f) Determinar el diámetro de sonda que debemos introducir para llegar al estómago. Para ello y, con la misma sonda, mediremos la distancia que va desde la punta de la nariz del paciente al lóbulo de la oreja, y al apéndice xifoides del esternón. Posteriormente colocar una marca.

g) Lubricar el final de la sonda con lubricante de base de agua.

rehidratar o la descompresión del estómago.

Los tubos gástricos son dispositivos de corto o largo plazo que pueden venir con o sin una guía de alambre. Se deben seguir las recomendaciones del fabricante para determinar la duración máxima tiempos e instrucciones específicas con respecto a la inserción.³⁷

h) introducir por el orificio nasal elegido, dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado, haciéndola progresar con un suave movimiento rotatorio.

i) Con la cabeza inclinada hacia delante y aprovechando los momentos en que el paciente realiza la deglución, se progresa de forma suave y rotatoriamente la sonda hasta la marca previamente realizada.

j) Si el paciente presenta tos, es señal de que hemos introducido la sonda en la vía respiratoria, por lo que se procede inmediatamente a retirarla totalmente o hasta situarnos nuevamente en la faringe para, tras unos minutos de descanso, reiniciar el procedimiento. Otro hecho que puede suceder es que la sonda se enrolle sobre sí misma y no avance, con lo cual se procede de la misma manera:

Retirar-Descansar-Reiniciar.

k) Cuando la marca hecha en la sonda llegue a la nariz, es de suponer que ésta se encuentra en el estómago. Para comprobarlo es conveniente hacer varias maniobras

l) Si se consigue aspirar jugo gástrico es señal de que la sonda se encuentra en el estómago. O si el intento de aspiración resulta negativo, se puede introducir aire, de 20 - 50 ml con la jeringa a través de la sonda y oír el burbujeo que se produce mediante un estetoscopio colocado sobre el epigastrio

m) Una vez colocada la sonda, se fija; colocando la cinta de Lino en la marca colocada en la sonda nasogástrica

realizando un nudo, y colocando un cabo de la cinta en cada mejilla del paciente, posterior utilizar tela adhesiva no tejida (Hipafix) en cada mejilla para sujetar los cabos de manera que la Sonda no pueda recorrerse hacia adentro de la nariz o salir accidentalmente.

n) Una vez fijada la sonda es conveniente también fijar el extremo abierto de la sonda, lejos de las manos del lactante para así evitar el arrancamiento si se produce un tirón. Según la finalidad del sondaje, en el extremo abierto del tubo se puede colocar un tapón, una bolsa colectora o realizar lavados.

ñ) El cambio de la sonda varía según el material de ésta:

- Cada 7 - 14 días para las sondas de polietileno.
- Cada 2 - 3 meses para las sondas de poliuretano.
- Cada 3 - 6 meses para las sondas de silicona.

**3. Alimentación enteral por sonda Nasogástrica
Cada 4 horas de 800 kcal (Interdependiente)**

Acciones:

- a) Explicar el procedimiento al cuidador primario, y hablándole gentilmente al lactante.
- b) Verificar y cotejar el tipo y cantidad de nutrición enteral.
- c) Observar y verificar la instalación correcta de la sonda, inspeccionando cavidad bucal, comprobando el

3. La nutrición enteral intermitente. Consiste en administrar volúmenes de fórmula (bolos) de manera periódica (4-8 veces al día, durante 15-45 minutos). Puede administrarse con jeringa o con bomba. Por Ventajas: más fisiológica, remedia la alimentación normal, permite

<p>residuo gástrico, auscultando el epigastrio la inyección y extracción del aire.</p> <p>d) Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45° durante la alimentación</p> <p>e) Proporcionar succión no nutritiva al lactante para mejorar la digestión del alimento.</p> <p>f) Instalar la dieta prescrita 200 mL para 3 horas, descansando 1 hora. A razón de 66.6 ml/Hora Utilizando un equipo de alimentación nuevo cada 24 horas.</p> <p>g) Sostener al lactante y hablar con él durante la alimentación para estimular la alimentación.</p> <p>h) Comprobar la velocidad de infusión de la bomba de alimentación.</p> <p>i) Irrigar la sonda de alimentación cada 4 horas después de cada toma de licuado prescrito. No utilizar agua destilada ya que se ha sugerido que puede producir una alteración del epitelio gástrico</p> <p>j) Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.</p> <p>k) Controlar el estado hidroelectrolítico, vigilando datos de edema, o deshidratación.</p> <p>l) Preparar a cuidador primario para la alimentación por sonda nasogástrica en domicilio.</p>	<p>mayor movilidad del paciente y estimula la alimentación oral al provocar periodos de hambre y saciedad. En caso de intolerancia puede producir exceso de residuo gástrico, dolor abdominal, regurgitaciones, vómitos y riesgo de aspiración. Este tipo de nutrición enteral es recomendada para continuar con la atención domiciliaria, siempre que sea posible.³⁸</p>
---	--



4. Cuidados de Sonda Nasogástrica diariamente (Independiente)

Acciones

- a) Verificar la fijación de la sonda Nasogástrica, esta no debe estar floja ni muy ajustada, debe estar firme que impida su desplazamiento.
- b) Verificar la Marca testigo de la medición de la sonda, utilizar como referencia para establecer su correcta colocación
- c) Medir la Sonda Nasogástrica una vez cada 8 horas o cada vez que se tenga duda de desplazamiento.
- d) Cambiar de orificio nasal cada vez que se cambie la sonda.
- e) Mantener una buena higiene e hidratación de la piel. Las fosas nasales se han de limpiar a diario con una gasa o bastoncillo humedecido. Si el niño tiene muchas secreciones rinofaríngeas se puede instilar suero fisiológico.

4. Las SNG de silicona o de poliuretano son flexibles por lo que producen pocas lesiones en la mucosa nasal. Además se deben tener en cuenta las interacciones entre la fórmula farmacéutica y NE que puedan modificar las características físicas de la fórmula, aumentando su viscosidad y originando complejos insolubles. Es necesario, por lo tanto, conocer cómo debe ser administrado cada fármaco y crear planes individualizados.³⁹

- f) Limpiar cada día, por la parte externa, con agua y jabón neutro, desde el ala de la nariz hacia el tapón. Después se ha de aclarar y secar. Escribir un membrete identificando el tipo de sonda, la fecha de colocación, la longitud del segmento externo (medido desde el ala nasal al final de la sonda) y la narina utilizada.
- g) Cambiar la posición de la sonda cada vez que se cambien la fijación.



EVALUACIÓN

Estructura: Las intervenciones de enfermería se realizaron en la unidad del servicio de hospitalización de Neurología donde J. está instalado, se contó con los recursos adecuados para la llevar las actividades, encaminadas a mantener la alimentación.

Proceso: Se realizaron las intervenciones pertinentes, valorando el estado nutricional y la necesidad de alimentarse e hidratarse, se logró la instalación correcta de la sonda Nasogástrica, la ministración de alimentación sin contratiempos, así como los cuidados del dispositivo de la vía enteral.

Resultado: El lactante mantiene un grado de dependencia 5 ya que aún necesita de la suplencia en la necesidad de alimentación manteniendo la nutrición e hidratación a través de la vía enteral, el cuidador primario es capaz de identificar la importancia de la sonda y de la posición del lactante durante la alimentación.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.	Registro: 85321
Edad: 1 año 7 meses	Fecha de Nacimiento: 28-04-2016
Fecha de Ingreso: 21-09-17	Servicio: Neurología

Plan de intervención: Eliminación

Grado y tiempo de Dependencia: 6 por algunos días
Tipo de Prioridad: Alta
Fuente de dificultad: Fuerza
Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017
Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Alteración en la eliminación intestinal r/c motilidad intestinal disminuida m/p ruidos hidroaereos disminuidos 4x', Abdomen distendido a la palpación y cuadrante inferior izquierdo.	El lactante será capaz de evacuar a través de cuidados que ayuden a la motilidad intestinal en un plazo no mayor a 12 horas

Intervenciones	Fundamentación
<p>1. Valoración en la necesidad de eliminación fecal cada 24 horas(Independiente) Acciones: a) Entrevistar: al cuidador primario sobre el patrón de eliminación intestinal, hacer preguntas como: ¿Cuándo</p>	<p>1. Mediante la eliminación intestinal se expulsa al exterior las sustancias que no pueden ser reabsorbidas por la sangre y que no son asimilables por el</p>

<p>fue la última vez que evacuó? “¿Que forma tenía la última evacuación?”</p> <p>b) Observar; Constitución corporal.</p> <p>c) Exploración física: Inspección: abdomen, simetría tamaño, contorno, integridad de la piel y ano. Palpación superficial en busca de dolor o profunda en busca de fecalitos. Percusión: Presencia de ruidos sonoros en abdomen. Auscultación: ruidos intestinales.</p> <p>2. Control Intestinal durante el proceso de Hospitalización</p> <p>Acciones</p> <p>a) Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.</p> <p>b) Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.</p> <p>c) Observar si hay sonidos intestinales.</p> <p>d) Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y / o sonidos intestinales agudos.</p> <p>e) Informar si hay disminución de sonidos intestinales.</p> <p>f) Obtener un estimulante para las heces, si procede.</p> <p>g) Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento o impactación.</p> <p>h) Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.</p>	<p>organismo. El conjunto de sustancias que se eliminan constituye las heces, estas están formadas por residuos alimentarios, secreciones, células descamadas de los intestinos y bacterias.¹⁷</p> <p>2. Los cuidados para los pacientes con estreñimiento van encaminados a fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, proporcionar una dieta rica en fibra (frutas con piel, verduras, pan integral...). Aumentar la actividad física y ejercicio físico del paciente que favorezca la musculatura abdominal y el peristaltismo intestinal Sin embargo para la intervención se precisa de llevar un control intestinal a lo largo de la hospitalización del lactante.⁴⁰</p>
--	---

- i) Instruir a cuidador primario a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
- j) Administrar supositorios de glicerina, si es necesario.
- k) Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.
- l) Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases
- m) Administrar agua a temperatura tibia después de la alimentación por sonda.
- n) Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

3. Masaje isoperistáltico una vez cada 24 Horas después del baño. (Interdependiente)

Acciones:

- a) Reposar las palmas de las manos sobre el abdomen del lactante y hacer una pequeña presión con movimientos suaves de la siguiente manera:
- b) Noria: deslizar las manos hacia abajo alternamente y nunca sobre líneas de las costillas.
- c) Libro abierto: colocar los pulgares paralelos sobre el abdomen del bebe y se deslizan las manos hacia fuera
- d) El sol y la luna: se dibuja un reloj imaginario sobre el abdomen de lactante



3. En realidad no es una forma de tratamiento, pero el hecho del contacto de la mano sobre el abdomen del niño puede ayudar a relajarle, a facilitarle la expulsión de pequeñas cantidades de gas intestinal, e incluso bienestar por la liberación de endorfinas. El momento de realizar estos masajes no es en los episodios de llanto, en los que el lactante está demasiado rígido, sino en otros momentos como tras el baño o tras los cambios de pañal.⁴¹

4. Administración de Enema Evacuante cada 24 Horas (Interdependiente)

Acciones:

- a) Realice higiene de manos
- b) Prepara material y equipo, Conecte las distintas partes del equipo de irrigación, teniendo la precaución de cerrar la llave de paso.
- c) Explíquelo el procedimiento a cuidador primario y al paciente, solicite su colaboración.
- d) Ayude al paciente a colocarse en decúbito lateral izquierdo, con la rodilla derecha flexionada. Esta postura, además de permitir la observación del ano, facilita que el enema fluya por gravedad a lo largo de la curva natural del recto y del sigmoide, mejorando así la retención de la solución.
- e) Descubra la zona perianal. Coloque sobre la cama un pañal o una toalla (sabana) para evitar mojar la cama del paciente. Vierta la solución en el irrigador y compruebe la temperatura esta debe ser tibia. Cuelgue el recipiente en el tripie.
- f) Abra la llave de paso para purgar el sistema, dejando caer la solución. Una vez purgado el sistema, cierre la llave de paso
- g) Ponga lubricante en una gasa y pásela por la sonda rectal, lubricando unos 10 cm desde su punta. Separe el glúteo superior con su mano no dominante y observe la zona anal.

4. Los enemas son líquidos que se introducen por vía rectal en la porción terminal del intestino. Se pueden emplear como evacuantes (enemas de evacuación o de limpieza, que son los más frecuentes y en los que nos vamos a centrar), para ejercer una acción local o sistémica (enemas de retención) o con fines diagnósticos (enemas con sustancias radioopacas). Cuando el volumen que se va a administrar es pequeño, se denominan microenemas.⁴²

h) Durante la espiración (en este momento la presión abdominal es menor) introduzca la punta de la sonda rectal, girándola poco a poco y apuntando en dirección al ombligo del paciente (esta dirección sigue el trayecto anatómico del intestino grueso). La cantidad de sonda a introducir de 5-7.5 cm en el niño. Si topa con cualquier resistencia no fuerce la entrada de la sonda, permita que fluya un poco de solución mientras el paciente realiza respiraciones lentas y profundas y luego intente proseguir con la inserción (una pequeña cantidad de solución puede diluir el material fecal que obstruye el paso de la sonda).

i) Abra la llave de paso o la pinza reguladora y deje que la solución entre lentamente, con el irrigador colocado a la altura de la cadera del paciente (la infusión rápida puede estimular la evacuación prematura).

j) Eleve el irrigador poco a poco hasta situarlo a unos 30 cm por encima del ano. Esta altura permite una infusión lenta y continua (la velocidad de infusión depende de la altura a la que se coloque el irrigador: a mayor altura, mayor velocidad).

k) Durante el paso de la solución tenga en cuenta los siguientes puntos: • Si el paciente se queja de sensación de plenitud o de calambres, cierre la llave de paso durante unos 30 segundos o bien descienda algo el recipiente para disminuir la velocidad de flujo. • Ante cualquier indicativo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitaciones, etc.), detenga la infusión. • Si en algún momento la entrada de líquido se

hace más lenta, realice una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier material fecal que pueda estar obstruyendo alguno de sus orificios.

l) Cuando haya pasado toda la solución, cierre la llave. Mantenga la sonda en la posición instalada, Retire la sonda rectal con suavidad

m) Pídale al paciente que intente retener el enema durante 10 minutos. Ayúdele a colocarse en decúbito supino, ya que esta posición favorece la retención. Si el paciente tiene dificultades para retener la solución, puede ayudarlo presionando ambas piernas entre sí.

n) coloque el pañal al paciente, y vigile la eficacia del enema, comprobando si el paciente evacua dentro de los siguientes 30 minutos.



EVALUACIÓN

Estructura: La unidad de hospitalización, cuenta con el equipo mobiliario para poder realizar este plan de intervención, en compañía de cuidador primario, así como su participación

Proceso: La valoración de la eliminación, el manejo intestinal específico, el masaje isoperistáltico provisto por el cuidado primario, y la aplicación del enema evacuante fueron intervenciones realizadas con oportunidad, flexibilidad, y humanismo al paciente que precisaba cuidados durante de la disminución en la eliminación intestinal.

Resultado: A lo largo de las intervenciones en un plazo de 8 horas el lactante logro evacuar, siendo eficaz el enema evacuante, disminuyendo la distensión abdominal. El grado de independencia se redujo a nivel 5 ya que aún precisa del mantenimiento de la eliminación a través de ayuda para cumplir esta necesidad



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.

Registro: 85321

Edad: 1 año 7 meses

Fecha de Nacimiento: 28-04-2016

Fecha de Ingreso: 21-09-17

Servicio: Neurología

Plan de intervención: Descanso y sueño

Grado y tiempo de Dependencia: 6 por algunos días

Tipo de Prioridad: Alta

Fuente de dificultad: Fuerza

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Suplencia

Diagnostico	Objetivo
Dependencia en la necesidad de Sueño r/c falta de fuerza para mantener un patrón de sueño autónomo m/p Somnoliento por periodos breves y respuestas a la luz y el sonido	El lactante será capaz de mantener un patrón de sueño eficaz a través de cuidados que mejoren la higiene del sueño en un plazo no mayor a 5 días

Intervención	Fundamentación
<p>1. Valorar la necesidad de Descanso y sueño cada 24 horas</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Entrevista: Investigar el patrón de sueño “¿Cuándo suele irse a dormir? ¿Y cuándo se despierta? ¿Duerme la siesta? En caso afirmativo, ¿cuándo?”</p> <p>b) Observar: estado de Conciencia; somnolencia, irritabilidad.</p> <p>c) Exploración Física; Inspeccionar, hiperemia ocular, obstrucción de la vía aérea que cause apneas.</p> <p>2. Realizar un diario de sueño durante 72 horas (INTERDEPENDIENTE) (Anexo 5)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Hora en que: a) se acuesta; b) intenta quedarse dormido; c) se queda dormido (hora aproximada); d) cualquier episodio de despertar y duración del mismo; e) se levanta por la mañana, y f) cualquier siesta y su duración</p> <p>b) Actividades realizadas 2 o 3 horas antes de acostarse (tipo, duración y horas)</p>	<p>1. Una evaluación completa de la dificultad de sueño del paciente comprende la anamnesis del sueño, la anamnesis de salud, la exploración física y, si está justificado, un diario del sueño con estudios diagnósticos. No obstante, todos los profesionales de enfermería pueden obtener una breve anamnesis del sueño y educar a sus pacientes sobre el sueño normal.¹⁷</p> <p>2. Este instrumento permite a la persona recoger información sobre los horarios de sueño-vigilia que lleva durante dos semanas, siempre que no le suponga ningún trastorno el llevarlo a cabo. Si el paciente es un niño, el diario o registro del sueño puede ser completado por los padres.⁴³</p>

<p>c) Consumo de bebidas con cafeína y alcohol y cantidades de las mismas</p> <p>d) Cualquier medicamento de prescripción o de venta sin recetas o hierbas medicinales que haya tomado durante el día</p> <p>e) Rituales que hace al irse a dormir</p> <p>f) Cualquier dificultad que tenga para quedarse despierto durante el día y las horas en que se presenta</p> <p>g) Cualquier preocupación que el paciente crea que puede afectar a su sueño</p> <p>h) Factores que el paciente considere que tengan un efecto positivo o negativo sobre el sueño</p> <p>3. Mejorar el entorno para conciliar el sueño cada 24 Horas (Interdependiente)</p> <p>Acciones</p> <p>a) Cree un entorno que induzca el sueño, oscuro, tranquilo, confortable y agradable.</p> <p>b) Evite los ruidos todo lo posible; si es necesario, bloquee cualquier ruido superfluo con un ruido blanco como un ventilador, el aire acondicionado o una máquina de ruido blanco. No se recomienda usar música, ya que los estudios han demostrado que la música favorece la vigilia (es interesante y las personas le prestarán atención).</p>	<p>3. Las distracciones del entorno, como ruidos o la comunicación entre el personal, son particularmente problemáticos para los pacientes hospitalizados.</p> <p>Los ruidos del entorno incluyen los de los sistemas de megafonía, los teléfonos y las luces de llamada, los pitidos de los monitores, las puertas que se cierran, timbres de los ascensores, el chirrido de los muebles o las ruedas de los carros</p>
---	--

<p>c) Duerma con un colchón y almohadas confortables estas pueden ser validadas por el personal de enfermería para mejorar el confort del paciente que cuenta con larga estancias hospitalarias</p> <p>d) Una luz suave puede dar confort a los niños o a las personas que estén en un entorno extraño. Los lactantes y los niños necesitan una habitación tranquila, normalmente independiente de la habitación de los padres, con una luz o una sábana de seguridad si procede, y una posición alejada de las ventanas abiertas o corrientes.</p> <p>Cerrar las cortinas de las ventanas si entra la luz de las farolas.</p> <p>Cerrar las cortinas entre los pacientes en las habitaciones semiprivadas o más grandes.</p> <p>Reducir o eliminar la luz sobre la cabeza, proporcionar una luz nocturna al lado de la cama o en el baño.</p> <p>Usar una linterna para comprobar las bolsas de drenaje, etc., sin encender la luz de la cabecera de la cama.</p> <p>Comprobar que el recorrido en torno a la cama está libre para evitar golpes con la cama y roces durante las horas de sueño.</p> <p>Cerrar la puerta de la habitación.</p> <p>Apagado de televisiones o radios comunitarias a las 20:00 horas</p>	<p>de lencería por los pasillos. La comunicación entre el personal es el principal factor de ruido, en particular cuando el personal cambia el turno.¹⁷</p>
--	--

<p>Bajar el tono de los teléfonos cercanos.</p> <p>Suspender el uso del sistema de megafonía después de una hora determinada (p. ej., 21:00 horas) o bajar el volumen.</p> <p>El personal debe mantener las conversaciones en voz baja e informar o hacer otros comentarios en una zona separada, lejos de las habitaciones de los pacientes.</p> <p>Usar zapatos con suelas de goma.</p> <p>Comprobar que todas las ruedas de los carros están bien engrasadas.</p> <p>Realizar únicamente las tareas ruidosas esenciales durante las horas de sueño.</p> <p>4. Mejorar el sueño a través de Clonazepam 0.3 mg cada 8 horas (Interdependiente)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Identificar al paciente</p> <p>b) Verificar la prescripción médica del medicamento indicado</p> <p>c) Cumplir con los 10 correctos en la administración de medicamentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar el fármaco correcto. 2.- Administrar el fármaco al paciente correcto. 3.- Administrar la dosis correcta. 4.- Administrar el fármaco por la vía correcta. 5.- Administrar el fármaco a la hora correcta. 6.- Educar al usuario y la familia sobre fármaco que se administra. 	<p>4. Cuando se ordenan medicamentos para dormir según necesidades en los hospitales, el profesional de enfermería es el responsable de tomar la decisión junto al paciente de cuándo administrarlos. Estos medicamentos deberían administrarse solo tras conocer a fondo sus acciones y efectos y solo cuando estén indicados.¹⁷</p>
---	--

7.- Obtener una historia farmacológica completa del paciente.

8.- Averiguar si el paciente tiene alguna alergia al medicamento.

9.- Registros.

10.- Preparar, administrar y registrar usted mismo el medicamento.

d) Realizar higiene de manos

e) Cargar con una jeringa de 1 mL el medicamento prescrito

f) Diluir el medicamento con agua potable, muy importante que no sea bidestilada

g) Colocar al paciente en posición semifowler

h) Administrar el medicamento, para asegurar su absorción por la sonda nasogástrica, y posteriormente instilar 10 mL de agua para lavar la sonda.



i) Dejar cómodo al paciente

j) vigilar y registrar el estado de conciencia, el patrón ventilatorio, y coloración del paciente

EVALUACIÓN

Estructura: La habitación del paciente es un cubículo de contacto mínimo, semiprivado con dos camas hospitalarias censables al servicio de Neurología, donde cuenta con puerta, paredes con ventanales que dan visibilidad al paciente sin embargo es dependiente de la luz del pasillo, las intervenciones se llevaron procurando y haciendo énfasis en reducir el ruido del ambiente hospitalario.

Proceso: Las intervenciones planteadas se llevaron a cabo; de la manera planteada la valoración fue exitosa con la cooperación del cuidador primario, se llevó a cabo también la implementación del diario del sueño, sin embargo este no fue tan exitoso como se esperaba pues el cansancio del cuidador primario no le permitía saber exactamente el número de horas de actividad y sueño del paciente, se planteó la posibilidad de mejorar el entorno del paciente durante las horas de sueño limitando la entrada de luz

Resultado: La dependencia en el patrón del sueño se logró disminuir a 5 ya que se observa un mejor descanso en el niño, sin embargo, aun precisa de apoyo farmacológico para mantener y disminuir las crisis convulsivas que es lo que lo ha llevado a la hospitalización y a un estado de vigilia-somnolencia inadecuado.



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.	Registro: 85321
Edad: 1 año 7 meses	Fecha de Nacimiento: 28-04-2016
Fecha de Ingreso: 21-09-17	Servicio: Neurología

Plan de intervención: Higiene

<p>Grado y tiempo de Dependencia: 6 por algunos días</p> <p>Tipo de Prioridad: Alta</p> <p>Fuente de dificultad: Conocimiento</p> <p>Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017</p> <p>Rol de Enfermería: Ayuda</p>

Diagnostico	Objetivo
Dependencia en la necesidad de Higiene r/c Falta de conocimientos de cuidador en el aseo del cabello m/p Pediculosis enrojecimiento de cuero cabelludo y descamación.	El lactante mejorara la dependencia de Higiene a través de un plan de cuidados a lo largo de la hospitalización

Intervenciones	Fundamentación
<p>1. Valorar la Necesidad de Higiene cada 24 horas (Interdependiente)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Entrevistar para determinar las prácticas de cuidado de la piel que realiza el paciente, la capacidad para el autocuidado y los problemas de la piel antiguos o actuales hacer preguntas como</p>	<p>1. Es importante para los profesionales de enfermería conocer exactamente cuánta asistencia necesita un paciente para su higiene. Los pacientes pueden precisar ayuda tras la micción o la defecación, tras</p>

<p>¿En qué momento suele ducharse o bañarse? ¿Qué productos higiénicos usa habitualmente</p> <p>b) Observar la coloración de la piel y si esta se encuentra limpia o sucia. c) Exploración Física; de la integridad, y limpieza de la piel y sus anexos.</p> <p>2. Baño del paciente en cama cada 24 horas (Interdependiente)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Lavado de manos b) Recolectar el material y llevarlo al lado del paciente c) Saludar y llamar al paciente por su nombre d) Informar al paciente el procedimiento a realizar e) Preservar la intimidad del paciente f) Cerrar las ventanas y evite corrientes de aire g) Acomodar la altura de la cama para favorecer su ergonometría y bajar un barandal para tener mejor acercamiento al paciente h) acomodar al paciente en una posición decúbito dorsal, bajar la cabecera según tolerancia del paciente i) Comprobar la temperatura del agua con la cara la interna de su muñeca. j) Colocar los guantes. k) Desnudar parcialmente al paciente l) Lavar y secar su cara. m) Lavar el cuello, orejas, enjuagar y secar. n) Lavar primero brazos y después axilas, enjuagar y</p>	<p>el vómito y siempre que se ensucien, por ejemplo, por el drenaje de una herida o una sudoración profusa.¹⁷</p> <p>2. Hay una serie de circunstancias que pueden afectar a la persona capacidad de mantener la higiene personal. Pacientes hospitalizados, y en particular aquellos que están postrados en cama, pueden volverse dependientes de personal de enfermería para llevar a cabo sus necesidades de higiene. Ayudando a los pacientes a mantener la higiene personal es un aspecto fundamental de la atención de enfermería.⁴⁴</p>
---	--

secar.

ñ) Lavar sus manos y secar.

o) Realizar el aseo del pecho y abdomen secar en forma minuciosa la zona de pliegues.

p) Descubrir las extremidades inferiores, lavar teniendo cuidado de no descubrir la zona genital.

q) Lavar pies, enjuagar y secar, teniendo especial cuidado en secar muy bien los espacios interdigitales.

r) Girar al paciente, descubrir espalda y lavar la espalda comenzando por el cuello y terminando en los glúteos, enjuagar y secar.

s) Girar al paciente y realizar aseo genital.

t) Retirar la ropa de cama húmeda, secar el colchón

Retirar los guantes y desechar

u) Lavado de manos.

v) Vestir al paciente y realizar tendido de la cama, Dejando cómodo y seguro al paciente.

w) Retirar materiales utilizados y dejar la habitación ordenada.

Consideraciones

Se recomienda cubrir el apósito transparente con una toalla seca evitando siempre que este se moje o desprenda, al igual que los lúmenes y equipos de infusión cubrirlos evitando su exposición al agua y jabón.

3. Aseo del Cabello con Shampoo de Dimeticona al 4 % cada 24 horas (Interdependiente)

Acciones:

a) Establecer el horario para realizar tratamiento

3. El éxito del tratamiento esta cimentada en la higiene personal, por lo que el baño diario es indispensable; no se deberán compartir utensilios de

- b) Explicarle al familiar el tratamiento a realizar
- c) Conseguir el material necesario; Lebrillo, peine exclusivo, agua tibia, shampoo con dimeticona, sabana seca, bolsa de plástico
- d) envolver al lactante dejando descubierto solamente la cabeza
- e) Colocar sobre el lebrillo con agua tibia, y comenzar a frotar con shampoo suficiente, la cabeza del lactante.
- f) Dejar Actuar durante 10 minutos, la espuma del shampoo sobre el cuero cabelludo.
- g) Enjuagar y secar el cabello, colocar la sabana seca
- h) Retirar el agua utilizada y desecharla cuidadosamente
- i) Utilizar el peine exclusivo para cepillar el cabello y procurar que todo residuo caiga sobre la sabana
- j) Una vez terminado de cepillar y secado el cabello retirar la sabana sucia y colocarla en la bolsa de plástico y manejarlo como ropa contaminada según protocolo de la institución
- k) Dejar cómodo al lactante
- j) Realizar higiene de manos



4. Higiene oral del lactante cada 12 horas (interdependiente)

Acciones:

Es importante enseñar la técnica correcta al cuidador primario antes de comenzar con el procedimiento, así

belleza; además, en los pacientes, infestados se deberá tener especial cuidado en revisar la ropa para garantizar la eliminación, mediante un lavado intenso y el uso de secadoras que utilicen vapor o calor para tener una efectiva eliminación del piojo⁴⁵

4. El paciente que cuenta con una sonda nasogástrica, y que está recibiendo oxígeno suplementario, tiende a que se la mucosa oral se seque, por ellos la limpieza oral deberá ser más estricta.

Después de la erupción de los primeros dientes, realizar la

como establecer rutinas para la higiene oral, para el paciente establecer horario antes de comenzar el baño y a las 20:00 horas para no interrumpir el descanso y sueño.

Procedimiento

- a) Higiene de Manos
- b) Conseguir el material a utilizar; cepillo dental pequeño de cerdas blancas y suaves, agua hervida o bidestilada, una gasa limpia 1 par de guantes(para el personal de salud)
- c) Envolver al paciente y mantenerlo en una posición semifowler, esta debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable
- d) Realizar higiene de manos calzarse guantes
- e) Humedecer el cepillo con agua y comenzar con la técnica
- f) Comenzar y enfatizar a limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores
- g) Reafirmar el cepillado dental nocturno pues es el más importante para prevenir la placa dentobacteriana.
- h) Dejar cómodo al lactante y retirar el material desechable.

limpieza bucodental del bebé 2 veces al día con un dedal o un cepillo dental infantil. No utilizar ninguna pasta dental con flúor hasta que el niño aprenda a escupir.⁴⁶



Evaluación

Estructura: La habitación del paciente al ser de contacto mínimo cuenta con un baño propio y lavabo independiente, de este se hizo uso para evitar la contaminación cruzada con otros pacientes, se contaron con todos los materiales a utilizar en la unidad del paciente.

Proceso: La valoración se logró realizar con cooperación del cuidador primario, el baño del paciente es una actividad donde la madre como cuidador primario aporta mucho pues la interacción que esta tiene, el tratamiento tópico a base aseo con shampoo para la pediculosis resulto efectivo, sin embargo por el riesgo del ambiente hospitalario, se decidió con el personal médico y de cuidador primario, la tricotomía del lactante. Respecto a la higiene oral se reforzó la técnica y la práctica ya que el cuidador primario realizaba solo el aseo con una gasa y agua, se progresó a un cepillo pequeño y este fue bien aceptado por el familiar y el lactante.

Resultado: La dependencia se redujo a un Grado 4, se continua la valoración de la higiene diariamente, y de la eliminación de la exoparasitosis.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.

Registro: 85321

Edad: 1 año 7 meses

Fecha de Nacimiento: 28-04-2016

Fecha de Ingreso: 21-09-17

Servicio: Neurología

Plan de intervención: Comunicación

Grado y tiempo de Dependencia: 5 por algunos meses

Tipo de Prioridad: Alta

Fuente de dificultad: Fuerza, voluntad y conocimiento

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Dependencia en la Comunicación r/c Falta de Estimulación por parte de cuidador primario m/p, DENVER: 1 mes de edad, emite quejidos y muecas	El lactante mejorara la comunicación a través de estimulación terapéutica iniciando en un plazo no mayor a 48 horas

Intervenciones	Fundamentación
<p>1. Valoración de la Necesidad de Comunicación (Independiente)</p> <p>Acciones</p> <p>a) Entreviste; Investigue el tipo de lenguaje primario que maneja el cuidador primario con el paciente.</p> <p>b) Observe; La interacción del paciente con su medio, la expresión facial, los gestos corporales.</p> <p>c) Explore físicamente los órganos de los sentidos del paciente; vista, oído, gusto, olfato, tacto.</p> <p>2. Establecer la estimulación terapéutica en base al retraso en el Desarrollo; (Interdependiente)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Desarrolla las actividades en un ambiente tranquilo y seguro.</p> <p>b) Siempre premia o festeja los resultados obtenidos.</p> <p>c) No forzar la respuesta si no quiere hacer las actividades.</p> <p>d) Hacer partícipe al cuidador primario en la estimulación.</p> <p>e) Las actividades deben realizarse diariamente o por lo menos tres veces a la semana.</p>	<p>1. Las capacidades de oír, ver, tocar y oler son complementos importantes para la comunicación. La sordera puede alterar de modo significativo el mensaje que recibe el paciente; el trastorno de la visión altera la capacidad para observar conductas no verbales, como la sonrisa o un gesto; la incapacidad de tocar y oler puede alterar las capacidades del paciente para comunicar las lesiones.¹⁷</p> <p>2. El objetivo del tratamiento en los niños con síndrome de West y en otros grupos de pacientes con epilepsia no es solo minimizar las convulsiones, sino también optimizar el funcionamiento emocional y social del niño.⁴⁷</p>

- f) Repite las series de ejercicios por lo menos cinco veces.
- g) Acompaña las actividades con música, canciones, rimas y juegos. El momento ideal para estimularles es cuando están despiertos y tranquilos.
- h) Deja pasar 30 minutos después de alimentarle.
- i) Aprovecha las actividades diarias como la alimentación, el baño, el juego, el vestirle

3. Mejore la interacción a través de la Audición y la Visión

Acciones

- a) Mírale a la cara con ternura y procura atraer su mirada. Platícale y trata de que te identifique como la fuente del sonido.
- b) Para estimular sus reacciones ante la luz, llévale a lugares con diferente iluminación. También puedes prender y apagar una lámpara evitando lastimar sus ojos.
- c) Acuéstale boca arriba sobre una superficie dura y segura. Párate frente a tu bebé y llama su atención con un objeto de color brillante (de preferencia rojo, blanco o negro). Haz sonidos graciosos o alegres para atraer su mirada. Mueve el objeto despacio hacia la derecha y hacia la izquierda, para que lo siga con la vista. Si no puede hacerlo, ayúdalo moviendo suavemente su cabeza.

3, 4 y 5. La terapia debe ser simple, con objetivos a corto plazo ya que la rehabilitación de un niño con síndrome de West es multilateral, y su objetivo principal es mejorar la calidad de vida, la adaptación social y la optimización del funcionamiento cognitivo.

Esta terapia debe ser flexible al estado clínico del niño ya que muchas veces la estimulación no es posible debido al curso clínico diverso de la epilepsia en el Síndrome de West, a la multitud de mecanismos y factores que permanecen en estrecha dependencia y que afectan el desarrollo constantemente.⁴⁷

d) Haz sonar objetos cerca de sus oídos (campanitas, cascabeles, sonajas, etc.).

e) Siempre llámalo por su nombre.



4. Ejercicios de Lenguaje

Acciones

a) Imita todos los sonidos que haga con un tono suave para animarlo a seguir haciéndolos.

b) Observa la expresión de su cara y comunícale tus sentimientos de amor. Sonríe y háblale mientras le atiendes y satisfaces sus necesidades. Aprende a distinguir sus diferentes formas de llanto.

c) Cárgale junto a tu pecho y cántale

d) Cada vez que balbucee o grite, imítale y platica con él/ella. Responder a sus llamados lo motiva a comunicarse.

e) Es importante hablarle y sonreírle continuamente, no sólo al alimentarlo o vestirlo.

f) Llámale por su nombre en un tono cariñoso.



5. Ejercicios para el mejoramiento de la interacción Social

Acciones

- a) Siempre premia el esfuerzo de tu bebé con una sonrisa, una caricia, una palabra de cariño.
- b) Cuando platiques con él o ella, hazlo de frente para que pueda ver tu cara.
- c) Colócale frente a un espejo y di: “Aquí está (decir su nombre), este eres tú”.
- d) Tapa su cara con un trozo de tela y espera a que se lo quite, luego, tapa la tuya y anímalo a que te la quite.
- e) Acostumbra a tu bebé a estar con otras personas, a que jueguen con él o ella.
- f) Haz reír a tu bebé, celebra su risa y disfruta con toda la familia su alegría.



Evaluación

Estructura: La unidad del paciente cuenta con el espacio suficiente para realizar las actividades planteadas, el material para la estimulación se contó para disposición del familiar.

Proceso: Las intervenciones de se realizaron en tiempo y forma, se observa que la madre realizara la terapia de estimulación sin embargo en algunas ocasiones no se lograba ya que se prefería que el lactante descansara, secundario a crisis convulsivas este entraba en una etapa de somnolencia post-convulsiva.

Resultado: La dependencia de la comunicación del Lactante se mantuvo en grado 5 sin embargo el cuidador primario fue capaz de identificar las mejores estrategias para estimular al lactante.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.

Registro: 85321

Edad: 1 año 7 meses

Fecha de Nacimiento: 28-04-2016

Fecha de Ingreso: 21-09-17

Servicio: Neurología

Plan de intervención: Termorregulación

Grado y tiempo de Dependencia: 3 por algunos días

Tipo de Prioridad: Alta

Fuente de dificultad: Fuerza

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Alteración en la Termorregulación R/c falta de fuerza para mantener la temperatura corporal uniforme m/p Temperatura oral desde 36.°C hasta picos de 38.5°C durante la hospitalización	El lactante continuara manteniendo la temperatura corporal dentro de parámetros normales a través de cuidados que prevengan la hipotermia e hipertermia durante su hospitalización.

Intervenciones	Fundamentación
<p>1. Valoración de la necesidad de Termorregulación cada 24 horas (Independiente)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Entrevista; Investigar; el tipo de ambiente que se siente en la unidad hospitalaria. ¿Hace calor o frío en esta habitación donde está J? ¿Ha percibido que J. tiritaba de frío?</p> <p>b) Observar; Coloración, movimientos que indiquen frío o calor.</p> <p>c) Exploración Física; Piel, coloración, sudoración, turgencia, humedad.</p> <p>2. Medición de la Temperatura corporal cada 4 horas en el ambiente hospitalario (Independiente)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Antes de realizar el procedimiento hay que presentarse uno mismo y comprobar la identidad del paciente siguiendo el protocolo de la institución. Se informa al paciente de lo que se va a hacer, por qué es necesario hacerlo y cómo puede cooperar. Se le explica cómo se usarán los resultados en la planificación de los cuidados o tratamientos posteriores.</p> <p>b) Se efectúa la higiene de las manos y se siguen los procedimientos adecuados para el control de la infección. Si se toma la temperatura rectal se ponen los guantes.</p>	<p>1. La temperatura corporal refleja el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor del organismo, y se mide en unidades de calor llamadas grados. El personal de enfermería debe saber cuáles son los factores que pueden afectar a la temperatura corporal de un paciente para poder reconocer las variaciones normales de la temperatura y comprender el significado de las mediciones que se desvían de la normalidad.¹⁷</p> <p>2. Las mediciones rutinarias de la temperatura del paciente puede estar a cargo del familiar. El profesional de enfermería debe explicar el tipo de termómetro adecuado y el lugar que debe usarse para asegurarse de que la persona conoce cuándo debe informar de una temperatura anormal y cómo registrar la observación. La interpretación de una temperatura anormal y la determinación de las respuestas</p>

- c) Se proporciona intimidad al paciente, se coloca al paciente en la posición adecuada
- d) Se coloca el termómetro
- e) Se espera el tiempo necesario. Los termómetros electrónicos y timpánicos avisan con una luz o un sonido cuando se ha completado la lectura.
- f) Se retira el termómetro y se elimina la cobertura o el limpiador con un pañuelo de papel si es necesario. Si se aplican guantes limpios, se retirarán y se desecharán. Se efectúa la higiene de las manos.
- g) Se lee la temperatura y se anota en la hoja de trabajo. Si la temperatura es claramente demasiado alta, demasiado baja o no concuerda con el estado del paciente, se comprueba de nuevo con un termómetro que se sepa que funciona perfectamente. Se lava el termómetro si es necesario, y se devuelve al lugar donde se guarda.
- h) Se registra la temperatura en la gráfica del paciente.



3. Manejo de la Temperatura Ambiental durante la hospitalización (Interdependiente)

Acciones:

- a) Manipular el entorno del paciente para facilitar una comodidad térmica

adecuadas las hace el profesional de enfermería.¹⁷

3. El lactante es muy sensible a la temperatura del entorno, por lo que debe ser protegido de los cambios extremos.

- b) Ajustar la iluminación de manera que se utilice y se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa, de monitores, bombas, lámparas.
- c) Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad con la ropa de cama necesaria
- d) Evitar exponer la piel a fuentes de calor como cables
- f) Evitar exposiciones innecesarias de corrientes de aire o frío
- g) Facilitar medidas de higiene para mantener la piel seca.
- h) Proporcionar un ambiente limpio y seguro en la unidad del paciente

4. Control de la temperatura en Caso de Hipertermia (38°C) con medidas farmacológicas (Interdependiente)

Acciones:

- a) Confirmar la temperatura corporal conforme a técnica descrita
- b) Dar aviso a personal médico y confirmar terapéutica:
Paracetamol Dosis Ponderal: 15mg/kg/dosis
Dosis a administrar: 138 mg Paracetamol intravenoso.
- d) Prepara medicación y seguir los 10 correctos en la administración de medicamentos
- e) Verificar la temperatura corporal de 10 a 15 minutos posteriores a terminar el bolo de medicamento.

4. El paracetamol es el antipirético más utilizado en pediatría por la seguridad que existe entre su dosis terapéutica y dosis tóxica, la cual tiene un amplio rango. No obstante su perfil de seguridad se debe tener en cuenta su hepatotoxicidad y el potencial que tiene de producir insuficiencia renal aguda cuando se alterna con ibuprofeno.⁴⁸

Evaluación

Estructura; La unidad del paciente cuenta con ventanas cerradas con poca entrada de luz natural, sin embargo, cuidador primario manifestó que por las tardes se siente el aumento de la temperatura.

Proceso: Las intervenciones de valorar la necesidad de termorregulación y toma de temperatura corporal no supuso alguna incidencia, se llevaron con éxito, el manejo ambiental se logró trabajar en base a la valoración e interviniendo de acuerdo a la temperatura corporal obtenida. La farmacoterapia solo se requirió una vez en el paciente.

Resultado: El paciente logro mejorar la eutermia durante las visitas, logrando mantener la dependencia grado 3 durante algunos días.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.

Registro: 85321

Edad: 1 año 7 meses

Fecha de Nacimiento: 28-04-2016

Fecha de Ingreso: 21-09-17

Servicio: Neurología

Plan de intervención: Recreación

Grado y tiempo de Dependencia: 4 por algunos días

Tipo de Prioridad: Alta

Fuente de dificultad: Conocimientos

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Dependencia en la necesidad de Recreación r/c falta de conocimientos para realizar actividades lúdicas m/p Actividades recreativas mínimas, baja interacción contacto madre-hijo.	Cuidador primario y el lactante serán capaces de interactuar en pro de la recreación a través de técnicas de estimulación de acuerdo a estado neurológico en un plazo no mayor a 8 horas.

Intervenciones	Fundamentación
<p>1. Valorar la necesidad de Recreación en el niño cada 24 horas (Independiente)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Entrevista: Investigar e interrogar hacer de hábitos y costumbres de juego con el niño, así como el significado del juego para el cuidador primario: ¿Qué significa el juego para usted? ¿Cree que es importante que J. Juegue pese a su estado de salud? ¿Qué actividades recreativas realiza en el hogar con su hijo? ¿Sabe de alguna actividad recreativa que se desarrolle en el hospital? ¿Cómo interactúa su hijo con el juego?</p> <p>b) Observar; estado de conciencia del lactante, movimientos del lactante, actitud del lactante frente al juego, interacción madre-hijo.</p> <p>c) Investigar: Actividades recreativas en el lactante.</p> <p>2. Establecer la mejor terapia de recreación durante la hospitalización (Interdependiente):</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Juntos con el personal de rehabilitación investigar qué tipo de juego es mejora para el paciente</p> <p>b) Crear una rutina de juego que competa al familiar, personal de enfermería y rehabilitación.</p> <p>c) Adquirir el material necesario para llevar a cabo la rutina de juego</p>	<p>1. La valoración de la necesidad de recrearse es una actividad que es imprescindible incluir en algún momento del día. Resulta fundamental divertirse y ocuparse en algo agradable para poder obtener un descanso físico y psicológico y mantener así el equilibrio bio-psico-socio-espiritual.¹⁹</p> <p>2. Los niños con Encefalopatías Epilépticas, la estimulación del juego proporciona mejoras en el desarrollo en las áreas cognitiva, comunicativo lingüística, psicomotriz y afectivo social, además de perseguir el fomento y desarrollo de capacidades, destrezas, habilidades y valores.⁴⁹</p>

- d) Visualizar la reacción del niño frente a la estimulación y el juego
- e) Motivar al cuidador primario a llevar a cabo la recreación en el niño mencionando la importancia de este.

3. Realizar juego que estimula la expresión sensorial táctil (Interdependiente)

Acciones:

- a) Es conveniente que el material utilizado en esta área, disponga de características táctiles suficientemente contrastadas y diferenciadas.
- b) Debemos procurar que las primeras experiencias táctiles le sean agradables y gratificantes para evitar posibles rechazos.
- c) Los objetos utilizados de diferentes texturas y formas, es conveniente que además sean accesibles a nivel manipulativo para facilitar su acceso al niño con problema motor como es el caso.
- d) Material: de diferentes texturas y objetos (tejidos, papeles, esponjas, tapices, cremas...)
- e) Utilizar manoplas de lana, de felpa, de espuma... para trabajar la consciencia corporal del niño a través de masajes.
- f) Comenzar por exponer gradualmente el cuerpo del niño a las sensaciones térmicas contrastadas, poniendo en contacto progresivamente las diferentes

3. El objetivo de la terapia de recreación estimulación táctil sensorial es que mediante la conexión con las sensaciones se favorece la regulación fisiológica y emocional y la expresión e integración de las experiencias. Aumentan la confianza y maestría en el propio cuerpo.⁵⁰

<p>fácilmente construibles botellas de plástico o cajas pequeñas, rellenas de piedras, cascabeles u otros elementos. Siempre y cuando estos sean lavables</p> <p>c) Llamar su atención (con un sonajero, un cascabel, u otro objeto sonoro) para que pueda dirigir la mirada o busque con la mano el objeto presentado.</p> <p>d) Se le puede además incorporar el refuerzo visual con lucecitas de colores intermitentes para llamar su atención y facilitar su localización</p> <p>e) Introducir la música como referente de una actividad que permita disponer al niño de un indicador más para anticiparle lo que posteriormente hará. La música seleccionada, es aconsejable que disponga de una secuencia rítmica con un inicio y un final.</p>	<p>4. Los juegos de expresión musical ayudan y estimulan directamente al sistema límbico en el cual las emociones son procesadas. Favorece entonces la regulación de la hiper e hipoactivación fisiológica y emocional y la conexión con otros.⁵⁰</p>
---	--

Evaluación

Estructura: Se dispuso de todo el material, para las intervenciones de la necesidad de recreación, la infraestructura de la unidad contaba con el espacio suficiente para establecer medidas de recreación

Proceso: La valoración de la necesidad de recreación se llevó a cabo sin ningún problema, la madre identifico la necesidad de recrearse en conjunto con la de comunicación pues estas pueden llevarse en conjunto las intervenciones realizadas.

Resultado: La dependencia de la necesidad de recreación se logró disminuir a dependencia grado 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.

Registro: 85321

Edad: 1 año 7 meses

Fecha de Nacimiento: 28-04-2016

Fecha de Ingreso: 21-09-17

Servicio: Neurología

Plan de intervención: Vestido y Desvestido

Grado y tiempo de Dependencia: 3 por algunos días

Tipo de Prioridad: Media

Fuente de dificultad: Fuerza, voluntad, conocimiento

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c Falta de fuerza para expectorar secreciones m/p sialorrea abundante en cavidad oral, Frémito táctil aumentado, Estertores crepitantes en Campos pulmonares apicales.	El lactante será capaz de mantener una oxigenación adecuada a través de la aplicación de cuidados a la vía aérea que mejore la función respiratoria mientras lo requiera.

Intervenciones	Fundamentación
<p>1. Valorar la necesidad del vestido y Desvestido del paciente:</p> <p>Acciones</p> <p>a) Entrevista: Interrogar las preferencias de la ropa del paciente, ¿Tiene alguna preferencia por alguna prenda en especial? ¿Presenta alguna dificultad para vestir al paciente? ¿Cuándo lo envuelve, se encuentra cómodo?</p> <p>b) Observar: La ropa del paciente, el tipo de pañal, la ropa de cama del paciente.</p> <p>c) Exploración física: Limitación en los movimientos de extremidades para utilizar ropa.</p> <p>2. Selección adecuada de pijama o ropa del paciente para uso durante la hospitalización</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Disponer de la ropa adecuada para el paciente, la cual no interfiera con los dispositivos con los que cuenta</p> <p>b) La ropa del lactante debe contar con ciertas características:</p> <p>Han de ser fáciles de poner y quitar. No deben de tener botonaduras complicadas, lazos o imperdibles. Deben abrocharse por detrás. No han de pasar por la cabeza. No deben de tener costuras gruesas que "marquen" la piel, ni apresto. Deben estar confeccionadas con hilo o algodón, huyendo de las fibras sintéticas e inflamables como el nylon. Han de ser holgadas para que permitan</p>	<p>1-3. La valoración de la necesidad de vestirse y desvestirse es importante ya que la ropa cumple con la función de asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, la ropa también indica la pertenencia a un grupo, una ideología o a un status social¹⁷</p>

una buena movilidad de brazos y piernas y no compriman otras partes del cuerpo

c) el vestido y desvestido no debe interrumpir la terapia endovenosa

d) la ropa recomendable para utilizar en el paciente hospitalizado, será:

- Pijama o chaleco que deje al descubierto los dispositivos
- Pañal desechable
- Calcetas de algodón que ayude a conservar la temperatura de las extremidades
- Gorro en caso de que el ambiente se vuelva frío.



3. Selección adecuada de ropa del paciente en el hogar

Acciones

a) El uso de gorritos de lana en los meses fríos depende es aconsejable

b) La ropa de algodón ligero, y delgada es aconsejable en ambientes calurosos o en la temporada de verano.

c) No se recomienda calzado ya que este puede generar incomodidad, como sudoración al paciente, sin embargo se recomienda calcetas que igualmente no sean justas

c) El pañal debe ser de acuerdo al tamaño del paciente.

Evaluación

Estructura: Respecto a la ropa hospitalaria disponible no siempre se contaba con ropa adecuada para el lactante en la unidad la madre dispuso de diversas prendas para la hospitalización de esta solo conto con 3 mudas para la hospitalización.

Proceso: Las intervenciones se realizaron en tiempo y forma, el cuidador primario comprendió la importancia del vestido y desvestido

Resultado: La dependencia del vestido y desvestido se mantuvo en grado 3 el cambio de ropa supone un reto por la condición motora del paciente, la ropa holgada provista por el familiar del paciente facilita el cambio de pijama sin embargo la madre no cuenta con suficiente ropa para el transcurso de la hospitalización



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F. **Registro:** 85321
Edad: 1 año 7 meses **Fecha de Nacimiento:** 28-04-2016
Fecha de Ingreso: 21-09-17 **Servicio:** Neurología

Plan de intervención: Creencias y Valores

Grado y tiempo de Dependencia: 3 por algunos días

Tipo de Prioridad: Media

Fuente de dificultad: Fuerza, voluntad y conocimiento

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Dependencia en las creencias espirituales de la madre r/c falta de tiempo para asistir a ritos religiosos m/p Verbalización de requerir vigilancia estrecha	Cuidador primario fortalecerá sus creencias mediante la facilitación de realizar los rituales propios de su religión durante la hospitalización.

Intervenciones	Fundamentación
<p>1.-Identificar las inquietudes del cuidador primario respecto a la expresión religiosas durante la hospitalización (Independiente)</p> <p>Acciones</p> <p>a) Preguntar acerca de la naturaleza del apoyo espiritual:</p>	<p>1. La asistencia espiritual de enfermería incluye intervenciones tan variadas como identificar y validar los recursos internos de una persona; por ejemplo, métodos para afrontar la situación, humor, motivación,</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de religión profesa? • ¿Cuál es la creencia en relación con la curación del cuerpo y espíritu? • ¿Qué elementos se utilizan en su religión? (velas, ayuno, ceremonias, prácticas alimentarias) <p>2.- Fomentar la conversación que ayude a separar los intereses espirituales, aceptando los valores y creencias sin emitir juicio, centrándose completamente en la interacción. (Independiente)</p> <p>Acciones</p> <p>a) Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones</p> <p>b) Implementar el cuestionario de HOPE para realiza un acercamiento inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La letra H se refiere a los recursos espirituales básicos: <p>¿Qué le da fuerza interior?</p>	<p>autodeterminación, actitud positiva y optimismo. También puede incluir la ayuda al paciente para dejar un legado relatando o registrando la historia de su vida para sus familiares y amigos, y fomentando la expresión creativa a través del arte, la música y la escritura. Así, se mantiene viva la imaginación y se puede regenerar el cuerpo, la mente y el espíritu. La asistencia espiritual puede adoptar también otras formas, como animar a los pacientes a que mantengan el contacto con la naturaleza y la capacidad de sorprenderse.¹⁷</p> <p>2. La integración entre la espiritualidad y el cuidado se puede lograr de acuerdo con Minner, a través del desarrollo de tácticas de intervención que pueden consistir en hablar, escuchar, orar y realizar lecturas religiosas o de naturaleza espiritual; muchas veces esta intervención se puede limitar a “estar” con el paciente en silencio y cuidar que el paciente pueda tener momentos de privacidad espiritual.⁵¹</p>
---	---

¿Cuáles son sus fuentes de esperanza, fuerza, consuelo y paz?

¿A qué se aferra en los momentos difíciles de la vida?

¿Qué es lo que lo sostiene y lo mantiene en marcha?

Para algunas personas sus creencias religiosas o espirituales actúan como una fuente de consuelo y fuerza en los momentos difíciles de la vida. ¿Es eso cierto para usted?

Si la respuesta es sí pasar a las preguntas O y P.

Si la respuesta es no considere preguntar: ¿fue alguna vez?

Si la respuesta es sí preguntar: ¿Qué ha cambiado?

• La letra O se refiere a la organización de la religión:

¿Se considera parte de una religión organizada?

¿Qué importancia tiene para usted?

¿Qué aspectos de su religión son útiles para usted?

¿Es parte de una comunidad religiosa o espiritual?

¿Cómo le ayuda con su enfermedad?

•La letra P se refiere a la práctica espiritual de ayuda personal:

¿Tiene creencias espirituales independientes a su religión organizada?

¿Cuáles?

<p>¿Cree en Dios?</p> <p>¿Qué tipo de relación tiene usted con Dios?</p> <p>¿Qué aspectos de sus prácticas espirituales son más útiles para usted? (por ejemplo oración, meditación, lectura de las escrituras, asistir a servicios religiosos, escuchar música, ir de excursión, estar en comunión con la naturaleza)</p> <ul style="list-style-type: none">• La última letra, E, se refiere a los efectos de la espiritualidad y creencias del paciente sobre la atención médica y decisiones sobre el final de la vida: <p>¿Cómo su enfermedad o situación actual le ha afectado para realizar las actividades que le ayudan espiritualmente?</p> <p>¿Cómo ha afectado su relación con Dios?</p> <p>Como personal de la salud, ¿Hay algo que pueda hacer para ayudarle a acceder a los recursos o actividades que por lo general le ayudan?</p> <p>¿Está preocupado por los conflictos entre sus creencias y su situación/atención/decisiones médicas?</p> <p>¿Sería útil para usted poder hablar con un sacerdote o líder espiritual de su comunidad?</p> <p>¿Existen prácticas o restricciones específicas que deba saber en relación con la prestación de la atención médica?</p>	
---	--

3.- Aumentar uso de recursos espirituales al cuidador primario durante la hospitalización:

Acciones:

- a) Proporcionar música o literatura espiritual.
- b) Facilitar el uso de la meditación, la oración, tradiciones o rituales religiosos.
- c) Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actos espirituales.
- d) Disponga un tiempo y la privacidad suficiente para el culto personal, la oración, la meditación, la lectura u otras actividades espirituales, y proporcione medidas de consuelo antes de estas actividades.
- e) Respete y garantice la seguridad de los objetos de valor del paciente
- f) Motive al cuidador primario a realizar oración en el oratorio de la unidad hospitalaria.



3. La Enfermería en los cuidados espirituales tiene una gran labor, ayudar al paciente a identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable. Así, podrá favorecer el afrontamiento del dolor o del sufrimiento identificando las emociones⁵²

Evaluación

Estructura: La unidad hospitalaria cuenta con un oratorio en el primer piso, del edificio Federico Gómez, se brinda la oportunidad de contar con imágenes religiosas en la cabecera del paciente.

Proceso: Las intervenciones se realizaron con la disposición del cuidador primario, a entablar conversación acerca de las creencias que cuenta, manifiesta sentirse cómoda hablando acerca de su religión.

Resultado: La dependencia en la necesidad de creencias y valores se mantuvo en grado 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.

Registro: 85321

Edad: 1 año 7 meses

Fecha de Nacimiento: 28-04-2016

Fecha de Ingreso: 21-09-17

Servicio: Neurología

Plan de intervención: Realización

Grado y tiempo de Dependencia: 3 por algunos meses

Tipo de Prioridad: Media

Fuente de dificultad: Voluntad

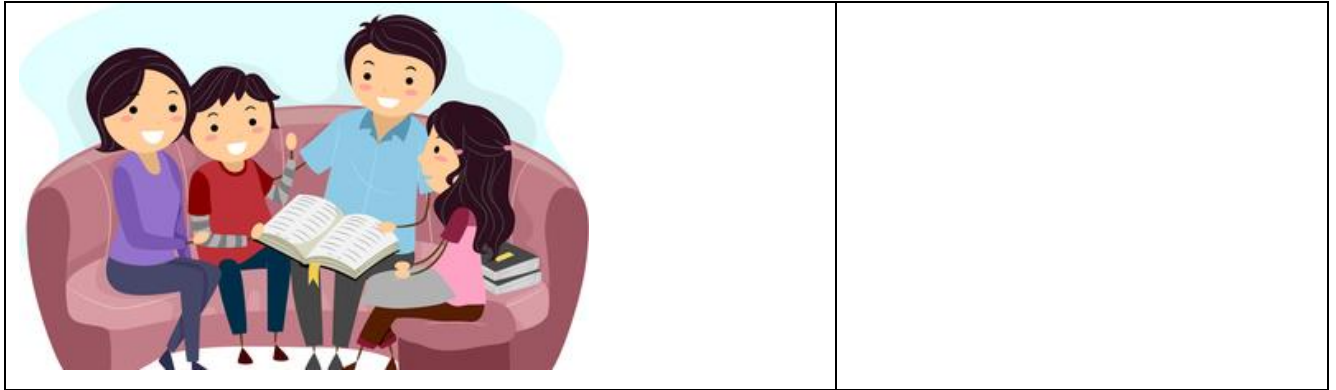
Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Cansancio de cuidador primario r/c cronicidad de la enfermedad de hijo m/p expresión verbal de cansancio y fascies de cansancio del cuidador primario.	El cuidador primario será capaz de mantener el cuidado del lactante a través de cambio de rol de cuidador en un plazo no mayor a 48 horas.

Intervenciones	Fundamentación
<p>1. Valorar el estado del cuidador en busca de la existencia del Síndrome del Cuidador durante la hospitalización</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agotamiento físico y mental ▪ Labilidad emocional: cambios de humor repentinos ▪ Depresión y Ansiedad ▪ Conductas de consumo abusivas: tabaco, alcohol ▪ Trastorno del sueño ▪ Alteraciones del apetito y del peso ▪ Aislamiento social ▪ Dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención ▪ Problemas laborales. <p>2. Determinar el grado de apoyo familiar, los sistemas de apoyo y las barreras que dificultan el cambio de rol de cuidador principal.</p> <p>Acciones:</p> <p>Determina las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del cuidador principal y de los demás miembros de la familia.</p>	<p>1. En el trabajo y colaboración con las familias los profesionales deben: respetar la singularidad de éstas, basarse en sus necesidades, tener una comprensión multidimensional del problema, desarrollar competencias en los padres y la resiliencia, contar con los sistemas de apoyo del entorno natural y coordinar la acción de los servicios públicos⁵³</p> <p>2. La participación de la familia en los cuidados de la salud de niños hospitalizados presenta múltiples formas de expresión. Cuando la comunicación entre los profesionales de la salud y la familia es eficaz, existe una reducción de la ansiedad de los</p>

<p>Las necesidades de una familia pueden concretarse en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las que tienen un impacto en la merma de la calidad de vida de sus miembros. ▪ Las que tienen relación con el papel que desempeña la familia en la mejora de la calidad de vida del niño enfermo. <p>Tomar medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades.</p> <p>3. Incluir a los demás miembros de la familia en la toma de decisiones y explicar a los implicados en qué manera pueden ayudar durante la fase de la enfermedad y el tratamiento del paciente.</p> <p>Acciones:</p> <p>Se pueden efectuar las siguientes preguntas para analizar el grado de compromiso de los demás familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué entiende por participación de la familia en los cuidados de la salud cuando un niño está hospitalizado/a? ▪ ¿En cuáles cuidados del niño le gustaría participar? ▪ ¿Qué piensa que podría ser hecho para mejorar la asistencia al niño durante y después de la hospitalización? ▪ Ayudar a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles. <p>Identificar las capacidades y los recursos dentro de la familia.</p>	<p>familiares y una mayor propensión para su participación, lo que favorece la adhesión a los tratamientos, al proceso de enfrentar la enfermedad y la autonomía e la familia⁵⁴</p> <p>3. La participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados es un tema que viene siendo investigado, destacándose el hospital como un ambiente no familiar y que ocasiona cambios en los papeles parentales⁵²</p>
--	--



Evaluación

Estructura; Se realiza la entrevista en la habitación hospitalaria del paciente

Proceso: Se realiza la entrevista a cuidador primario y manifiesta que es el único cuidador ya que el padre del paciente se encuentra cuidado a su segunda hija.

Resultado: La aplicación de medidas para disminuir el cansancio en el cuidador no son efectivas en la familia, La madre no muestra desapego hacia el paciente sin embargo continua sintiéndose cansada. La dependencia continúa en grado 3.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.

Registro: 85321

Edad: 1 año 7 meses

Fecha de Nacimiento: 28-04-2016

Fecha de Ingreso: 21-09-17

Servicio: Neurología

Plan de intervención: Aprendizaje

Grado y tiempo de Dependencia: 3 por algunos días

Tipo de Prioridad: Media

Fuente de dificultad: Conocimientos

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico

Dependencia en la necesidad de Aprendizaje r/c Falta de conocimientos del cuidador primario sobre enfermedad y tratamiento del niño m/p verbalización de la madre.

Objetivo

El cuidador primario será capaz de comprender la enfermedad del lactante mediante la enseñanza y asesoría sobre el tratamiento y cuidado que requiera en un plazo no mayor a 5 días.

Intervenciones	Fundamentación
<p>1. Valorar el nivel de aprendizaje del cuidador primario.</p> <p>Acciones</p> <p>a) Entrevista: Evaluar el nivel actual de conocimiento del cuidador relacionado con el proceso de la enfermedad específica.</p> <p>¿Sabe usted cuál es el nombre de la enfermedad de su paciente? ¿Entiende usted qué es? / ¿En qué consiste?</p> <p>¿Es una enfermedad curable? ¿Reconoce qué factores agravan la enfermedad o provocan recaídas? ¿Conoce que daños provoca en el organismo? ¿Qué órganos afecta? ¿Sabe que es lo que provoca esta enfermedad? ¿Está al corriente de las posibles complicaciones que puede tener el no recibir el tratamiento? ¿Conoce usted el tratamiento?</p> <p>b) Identificar los objetivos de la enseñanza</p> <p>c) Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del cuidador.</p> <p>d) Utilizar un lenguaje claro y evitar tecnicismos médicos</p> <p>e) Establecer la información en una secuencia lógica y mantener sesiones de enseñanza cortas.</p> <p>f) Determinar experiencias anteriores del paciente y escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas.</p>	<p>1. Las enfermedades de dependencia parcial comparten características particulares, pues son enfermedades que evolucionan de manera progresiva a través del tiempo, requieren modificación en estilos de vida), visitas continuas al médico (controles paraclínicos periódicos y tratamientos farmacológicos) y apoyo educativo. El impacto que generan estas enfermedades no sólo afecta al paciente, sino a la persona que lo cuida.⁵⁵</p>

2. Enseñar cómo puede cooperar o participar durante el tratamiento y cuidado del paciente (Interdependiente)

Acciones

- a) Enseñar a la madre los cuidados necesarios en cada intervención de las necesidades del lactante.
- b) Motivar a la madre a llevar un diario donde disponga de los medicamentos, forma, presentación y dosis a administrar en Jorge (ANEXO 6)
- c) Motivar al familiar a vigilar y dar aviso al personal de salud en algún cambio en el estado de salud del niño así sea el más mínimo.

3. El cuidador primario identificara el plan a acción a seguir a la presencia de una crisis convulsiva durante la hospitalización (Interdependiente)

Acciones

- a) Dar aviso al personal de salud.
- b) Tome el tiempo que dura la crisis.
- c) Afloje cualquier ropa apretada y coloque algo suave debajo de la cabeza de la persona.
- d) Coloque a la persona de lado para evitar que se ahogue.

2. Como en cualquier trabajo de equipo, cada miembro tiene un papel diferente o una posición importante, pero todos trabajan unidos para lograr el mismo objetivo – el bienestar de su hijo/a. Cualquier persona que interactúa con su hijo/a regularmente o tiene un papel en el manejo de la epilepsia debe considerarse como parte de este equipo, incluyendo a los miembros de la familia, los proveedores de servicios médicos, los maestros, las enfermeras escolares, los entrenadores o instructores, las niñeras y otros más.

3. El ver a su hijo/a durante una crisis puede ser aterrador para el cuidador primario. Sin embargo si este sabe cómo actuar frente a una crisis se sentirá mucho mejor y tendrá un aprendizaje útil en el tratamiento del niño.⁵⁶

- e) Nunca ponga algo en la boca de la persona.
- f) Desvié cualquier dispositivo al alcance del niño como sondas, cables, catéter.
- g) Espere instrucciones del personal de salud.



Evaluación

Estructura: La unidad hospitalaria fue un lugar adecuado en donde se contó con el material para realizar la orientación al familiar para disolver dudas sobre la enfermedad del paciente así como su manejo hospitalario.

Proceso: Las intervenciones se realizaron oportunamente, con la madre, sin embargo se esperaba contar con la presencia del padre pero a este se le dificulta el cuidado del niño

Resultado: La necesidad de aprendizaje se mantiene en grado 2 de independencia. Desde el punto de vista del cuidador primario mejoro los conocimientos logrando el objetivo a través de las acciones e intervenciones previstas.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Ficha de Identificación

Nombre: Z.S.J.F.	Registro: 85321
Edad: 1 año 7 meses	Fecha de Nacimiento: 28-04-2016
Fecha de Ingreso: 21-09-17	Servicio: Neurología

Plan de intervención: Seguridad y Protección

Grado y tiempo de Dependencia: 3 por algunas semanas

Tipo de Prioridad: Alta

Fuente de dificultad: Fuerza y voluntad

Fecha de Identificación: 23 de Octubre 2017

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnostico	Objetivo
Alteración en la seguridad y protección r/c asistencia terapéutica m/p dispositivo intravascular central con apósito transparente; sucio con ligero sangrado en sitio de inserción	El lactante mantendrá una protección eficaz proporcionando cuidados que mejoren la seguridad del entorno, hospitalario involucrando al familiar en un plazo no mayor a 24 horas.

Intervenciones	Fundamentación
<p>1. Valorar la Necesidad de Seguridad y Protección cada 24 horas (Independiente)</p> <p>Acciones</p> <p>a) Entrevista: Hacer cuestionamientos sobre el estado de salud y sobre enfermedades recurrentes. Investigar hacer del esquema de vacunación, ¿Cómo esta J. respecto a sus vacunas? Investigar hacer de datos de laboratorio como; Leucocitos, Plaquetas.</p> <p>b) Observar: Coloración de la piel, entorno del paciente (Bombas de infusión, dispositivos de monitorización) y su correcto funcionamiento.</p> <p>c) Exploración Física; de la piel, Inspeccionar; Integridad en prominencias óseas. Palpación de la cadena Ganglionar.</p> <p>2. Protección contra infecciones durante la hospitalización (Interdependiente)</p> <p>Acciones</p> <p>a) Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes que reciben atención directa por medio de prácticas apropiadas</p> <p>b) Higiene de las manos:</p>	<p>1. La seguridad del paciente es definida como la prevención de errores en la atención a la salud y la reducción de las repercusiones de estos en la vida y salud de los pacientes. La seguridad del paciente es influenciada por el ambiente de trabajo, dimensionamiento de los profesionales participantes, cuestiones individuales y colectivas de los trabajadores, aspectos institucionales, entre otros.⁵⁷</p> <p>2. El control de infecciones es una responsabilidad de todos los profesionales de salud, a saber, médicos, personal de enfermería, terapeutas, farmacéuticos, ingenieros y otros.⁵⁸</p>

Lavado de las manos • Agua corriente: un lavabo grande que exija poco mantenimiento, con dispositivos contra salpicaduras y controles sin activación manual. • Productos: jabón o solución antiséptica, según el procedimiento. • Sistema de secado sin contaminación (toallas desechables, si es posible).

Desinfección de las manos • Desinfectantes específicos de las manos: fricción con gel antiséptico y emoliente, con una base de alcohol, que pueda aplicarse para limpiar las manos físicamente.

c) Estandarización en Procedimientos

Cuidado ordinario (mínimo):

- Lavado de las manos con jabón no antiséptico.
- En su defecto, desinfección higiénica rápida de las manos (mediante fricción) con una solución de alcohol.

• Limpieza antiséptica (moderada) de las manos, cuidado aséptico de los pacientes infectados:

- Lavado higiénico de las manos con jabón antiséptico).
- En su defecto, desinfección higiénica rápida de las manos, como se indicó antes.

d) Se deben usar guantes sin esterilizar para el contacto con el paciente en que hay posibilidad de contaminación de las manos o para el contacto con cualquier membrana mucosa

e) Hay que lavarse las manos al quitarse o cambiarse los guantes. No se deben reutilizar los guantes desechables.

f) Limpieza del entorno hospitalario, La limpieza regular es necesaria para asegurarse de que el ambiente del hospital esté visiblemente limpio y sin polvo ni suciedad, sobre superficies que estén en contacto con el paciente y su entorno.

g) Desinfección del equipo empleado para el paciente La desinfección retira los microorganismos sin completa esterilización para prevenir su transmisión de un paciente a otro

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

C Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



<p>3. Curación de Catéter Venoso Central (Independiente)</p> <p>Acciones</p> <p>a) Identificar al paciente.</p> <p>b) Informar sobre el procedimiento a realizar y pedir su colaboración</p> <p>c) Preservar la intimidad y seguridad del paciente</p> <p>d) Colocar al paciente en Posición Cómoda</p> <p>e) Colóquese el cubre bocas abarcando nariz y boca</p> <p>f) Realice higiene de manos con agua y jabón a base de clorhexidina</p> <p>g) Prepare y lleve el material al área del paciente.</p> <p>h) Calzar Guantes limpios, Retire la curación anterior sin tocar el catéter ni el sitio de inserción.</p> <p>i) Observe y revise el sitio de inserción y valore si requiere un retiro de sangre seca si es el caso utilice primero solución para retirar exceso de materia.</p> <p>j) Deseche Guantes, realice higiene de manos. Calzar Guantes Estériles</p> <p>k) Realizar Limpieza con suero salino comenzando al centro del punto de inserción a la periferia unos 10 cm</p> <p>l) Posteriormente utilice el Gluconato de clorhexidina al 2%; sobre el sitio de inserción frote 30 segundos, inicie del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm en forma circular o de elipse.</p> <p>m) Deje actuar el antiséptico durante 2 a 3 minutos o hasta que seque perfectamente</p>	<p>3. El uso de Catéter venoso central puede tener complicaciones como la colonización en el sitio de inserción y posterior la Bacteremia asociada a catéter venoso, es por ello que la curación del sitio debe ser periódica y dependiente del tipo de apósito utilizado.⁵⁹</p> <p>Se ha estudiado los beneficios del apósito impregnado con clorhexidina en diversos estudios.⁶⁰</p>
--	--

n) Cubra el sitio de inserción con una gasa seca, sin ejercer presión

ñ) Aplique el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción, sin estirarlo. El sitio de inserción debe quedar en el centro de la ventana transparente del apósito. Presione sobre el apósito en toda su extensión del centro a la periferia para que el adhesivo se fije a la piel, evite dejar burbujas por debajo del apósito. Solo en caso de sangrado utilice un apósito con cojín absorbente no adherente o bien una gasa estéril y apósito transparente para cubrir el sitio de inserción. Realice la curación en estos casos cada 48 hrs como máximo.

o) Si utiliza apósito transparente suajado con bordes reforzados utilice las cintas estériles para sujetar mejor el catéter antes de colocar el apósito sobre el mismo.

p) Fije con cinta quirúrgica transparente cada uno de los lúmenes (en su extremo distal) de forma independiente para reducir peso y tensión al apósito y mantener por más tiempo su curación.

q) Coloque un membrete con fecha y nombre de quien instalo, así como nombre y fecha de quien realizo la curación.



4. Prevención de Caídas durante la hospitalización

Acciones

- a) Identificar el riesgo para presentar una caída
- b) Disponer de una tarje donde se identifique el riesgo de caídas.
- c) Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas.
- d) Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia
- e) Bloquear las ruedas de las sillas, cama u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- f) Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y disminuir dichos riesgos
- g) Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario
- h) Colocar la cama mecánica en la posición más baja

4. Un riesgo potencial en el niño hospitalizado como sufrir una caída aumenta si este tiene limitaciones físicas un estado mental alterado, recibe un tratamiento farmacológico y presenta problemas de comunicación. La caída es potencialmente mortal para el niño que de por si tiene un enfermedad grave, es por ello que diversos estudios recomiendan el uso de escalas para medir el riesgo de caídas⁶¹



Evaluación

Estructura; La unidad hospitalaria cuenta con el material suficiente para llevar una terapia de infusión segura, así como el cuidado a catéter venoso central, se llevó a cabo el manejo y la prevención de infecciones de acuerdo a los protocolos de la institución.

Proceso: La valoración, el control de infecciones se llevaron sin contratiempos, la curación del catéter venoso central se realizó sin complicaciones, se logró colocar un apósito de clorhexidina el cual se espera resista 7 días hasta la siguiente curación, el cuidado primario es capaz de identificar el riesgo y las medidas de prevención de caídas ya que el paciente al presentar una enfermedad neurológica tiene un riesgo alto.

Resultado: La dependencia del paciente continúa en Grado 3 ya que precisa de cuidados que si bien son realizados diariamente (excepto curación de catéter) no son menos importantes para mantener la seguridad y protección durante su estancia hospitalaria.

7.4 Proceso de Ejecución y Evaluación

La ejecución del plan de intervenciones se realizó en el servicio de hospitalización Pediatría 3-4 del Hospital Infantil de México Federico Gómez, en el área de neurología donde se realizaron todas las intervenciones, programadas en compañía del cuidador primario (madre).

La evaluación se realizó por cada plan de intervenciones, con el formato estructura; evaluando el área, así como los recursos materiales que se dispusieron para la realización del plan. Proceso: evaluando las actividades realizadas y resultado: redactando el logro obtenido de cada plan de intervención.

7.5. Plan de alta

Nombre: **Z.S. JF.** Servicio: **Neurología** Fecha de Ingreso: **21-09-17**

Fecha de egreso: -

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

a) Aspiración de Secreciones por razón necesaria y avisar en caso de SPO2 <92%, FC: >60 FR:>40

b) Alimentación Enteral por Sonda Nasogástrica.

c) Cambios de Posición e estimulación motriz.

2. Orientación dietética: Dieta Licuada de 800Kcal en 1200 ml

Componente	Cantidad
Leche Entera	2 Tazas
Cereal de Avena	15 Gramos
Manzana	2 Piezas
Galletas María	12 piezas
Aceite Vegetal	10 Mililitros

Dividido en 4 tomas de 300 mL en horarios de: 8:00, 12:00, 16:00, 20:00

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Horario	Vía
<i>Clonazepam</i>	0.3 mg	c/8	8-16-24	V.O
<i>Lacosamida</i>	50mg(8)/35mg(20)	c/12	8-20	SNG
<i>Ácido Valproico</i>	185 mg	c/8	8-16-24	SNG
<i>Lactulosa</i>	10 mL	c/12	10-22	SNG

4. Registro de signos y síntomas de alarma:

(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

En caso de:	Que hacer
Fiebre: Temperatura de más de 38°C	Dale un baño con agua tibia, cambiando el agua cada vez que esta se enfríe hasta lograr una temperatura adecuada
Diarrea, vómitos.	Continúa con la alimentación habitual y ofrece vida suero oral, ofreciendo 30 ML por cada evacuación diarreica a través de Sonda Nasogástrica
Convulsión	Mantenga la calma Coloque al menor sobre una superficie plana Evitar la salida brusca de la sonda nasogástrica Tome el tiempo de duración Acuda a la consulta en esta unidad o en la clínica más cercana si la convulsión dura más de 5 minutos, el niño cambia de color o presenta agitación al respirar.

5. Cuidados especiales en el hogar:

Sonda Nasogástrica: limpieza Exterior diariamente, enjugar sonda con 10 mL de agua potable después de cada toma de licuado. Cambiar y/o asegurar fijaciones cada 24 horas.

Ejercicios de Estimulación Básico propuestos en el díptico proporcionado.

6. Fecha de su próxima cita: Cita abierta a Urgencias las 24 horas del día

7. Observaciones: Se da orientación sobre la importancia de la movilización, estimulación y como puede mejorar el estado de salud del niño, haciendo énfasis en el control de los medicamentos, y datos de alarma plasmada en el díptico proporcionado (Anexo 7)

Licenciado en Enfermería: Duarte Zamora Ismael

VIII CONCLUSIONES

- Se lograron cumplir los objetivos planteados al inicio del estudio de caso; se cubrieron las cinco etapas del proceso de atención de enfermería en este estudio de caso, así como el plan de alta.
- A través del presente estudio de caso, la investigación teórica, junto con la aplicación práctica se deduce que el proceso de atención de enfermería en conjunto con el modelo de Virginia Henderson, es efectivo para llevar a cabo el presente trabajo ya que demuestra una metodología sólida que ha sido llevado a presentarse como artículos científicos en México en diferentes revistas y que puede ser replicable a cualquier persona.
- El síndrome de West es una patología que genera dependencia en las 14 necesidades de Virginia Henderson en el niño de acuerdo a su estado de desarrollo, observándose también un retraso profundo en las áreas del desarrollo; motor fino, motor grueso, lenguaje, personal social.

IX SUGERENCIAS

- Establecer el proceso de atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson para la realización de estudios de caso y unificación de criterios a nivel nacional, para su publicación y difusión en pro de la mejora en la atención del niño.
- Crear una conciencia de prevención y planeación del embarazo así como una educación de la familia y comunidad para alcanzar un óptimo desarrollo del niño y su independencia facilitando la eliminación de factores de riesgo para así disminuir el desarrollo de síndromes epilépticos.

X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Roa G. Proceso de cuidados de enfermería en neonatos con Epidermolísis (piel de mariposa) fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. México: Revista Electrónica; Portales médicos; [Artículo en Línea] 2016. [Citado 16 Oct 2017] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-neonato-epidermolisis/4/>
- ² Ignorosa N., González L. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. *Enferm Universitaria*. 2014; 11(3): 110-116.
- ³ Meza C., Olivera S., Cadena J. Proceso enfermero en lactante mayor con Pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. México: *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2013;21 (2): 63-70
- ⁴ Cantellan A., Nash N., Méndez L., Pérez Y., Cano N., Corona R. Proceso de cuidados de enfermería en preescolar con Guillain Barré fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. México: Revista Electrónica; Portales médicos; [Artículo en Línea] 2015. [Citado 16 Oct 2017] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-guillain-barre-henderson/>.
- ⁵ Hernández A. Plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón. México: *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2015;23 (1): 22-27.
- ⁶ Carrillo E., Sierra M. Proceso de atención de Enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardiaca aplicando el modelo de Henderson. *Rev Mex Enfer Cardiol*. 2013;21(3):111-117.
- ⁷ Martín C., Villuendas L., Andrés I. Estenosis aórtica y congénita y endocarditis bacteriana. México: Revista Electrónica; Portales médicos; [Artículo en Línea] 2017. [Citado 16 Oct 2017] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estenosis-aortica-congenita-endocarditis-bacteriana/>
- ⁸ Dahrbaun N., Peña B., Melo A. Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada. Chile: *BENESSERE - Revista de Enfermería* 2016;1(1): 75-82.
- ⁹ Alvarado P., Cruz M. Proceso de atención de enfermería, aun adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. México: *Enfermería Universitaria* 2013;10 (3):105-111.
- ¹⁰ Meraz M., Espinosa V. Alteración de la seguridad y protección en un adolescente masculino. *Desarrollo Científ Enferm*. 2012;20(5): 159-173.

-
- ¹¹ Gaona Y., Cruz M. Estudio de caso a un adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. México; Enfermería Universitaria 2012;9(2):37-45.
- ¹² McBride Barron A. Remembering the first lady of nursing. Virginia Henderson International Nursing e Repository. [en línea].1996. [Citado 27 Ago 2017] Disponible en: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/pages/VHLonRNL.html>
- ¹³ Henderson V. The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education. New York: Macmillan Publishing; 1966
- ¹⁴ Luis M, Fernández C, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3 Ed. México: Masson; 2005
- ¹⁵ Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. España; Elsevier: 2011
- ¹⁶ Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª Ed, México; McGraw-Hill; 1999.
- ¹⁷ J-Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería Conceptos, proceso y práctica. España; Pearson: 2013.
- ¹⁸ Bickley LS, Szilagyí PS. Bates. Guía de exploración física e historia clínica. 11ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer/Lippincott Williams &Wilkins; 2013.
- ¹⁹ Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed, España: Elsevier; 2007
- ²⁰ Diario oficial de la federación. Constitución política de los estados unidos mexicanos. México: 1917 Última modificación en materia de salud. DOF 08-02-2012
- ²¹ Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, México; Secretaría de Salud; 1992
- ²² Comisión nacional de arbitraje médico. Código de ética para enfermeras. México: Conamed; 2012
http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
- ²³ Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Art. 20. México: DOF; 2014.
- ²⁴ Diario Oficial de la Federación. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, México: DOF; 2012
- ²⁵ Martínez D, Rodríguez Y, Cuan M. Aspectos éticos en pediatría. Cuba. Revista Cubana de Pediatría 2011; 83(1):173-181

-
- ²⁶ Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. México; Enfermería Universitaria. 2015;12(3):134---143
- ²⁷ Feigelman S. Crecimiento, desarrollo y conducta. En: Nelson Tratado de Pediatría. 19a Ed. Vol. 1. España: Elsevier; 2013. p.28-35
- ²⁸ Albia J, Pozo A, Desiderio-Pozo L, Desi-Pozo A. Síndrome de West: etiología, fisiopatología, aspectos clínicos y pronósticos. Rev Cubana Pediatr 2002; 74(2):151-161.
- ²⁹ Martínez D. Síndrome West. México: Revista Médica MD; Volumen 2 (1); Julio-Septiembre 2010
- ³⁰ Wheless et al.: Infantile spasms (West syndrome): update and resources for pediatricians and providers to share with parents. BMC Pediatrics 2012 12:108.
- ³¹ Winnard A et al. 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.
- ³² Frontado K. Uso de la mecánica corporal por las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo, 2015. Pueblo Cont. Vol. 28[1] enero - junio 2015
- ³³ Whittaker C. Tracheal, Nasopharyngeal and Oropharyngeal Suctioning Nursing Guideline. Nottingham Children's Hospital Clinical Educators Group. 2013
- ³⁴ Alonso J, Morant P. Fisioterapia respiratoria indicaciones y técnica. Puesta al día en las técnicas. España: An Pediatr Contin; 2004
- ³⁵ Jarillo Quijada A. Oxigenoterapia. [Disponible en: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/oxigenoterapia.pdf>]. [Citado 15 Dic 17]. HIMFG. México; 2006
- ³⁶ J-Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería Conceptos, proceso y práctica Capítulo 50 Oxigenación. España; Pearson: 2013. Pp 1378-1422
- ³⁷ Ministry of Health, NSW. Infants and Children Insertion and Confirmation of Placement of Nasogastric and Orogastric Tubes. 1st edition Australia: NSW; 2016.
- ³⁸ Marugán J.M., Fernández M.T. Nutrición enteral en pediatría. Protocolos de Digestivo. Bol Pediatr 2006; 46(SUPL. 1): 100-106.

-
- ³⁹ Gómez López, L.; Ladero Morales, M.; García Alcolea, B.; Gómez Fernández, B. Cuidados de las vías de acceso en nutrición enteral Nutrición Hospitalaria. España; Grupo Aula Médica: 2011.
- ⁴⁰ Bulecheck M. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Elsevier. 2014
- ⁴¹ Calvo c. La prevención y el tratamiento del cólico del lactante. Mesa Redonda. Aspectos actuales en nutrición infantil. España: BOL PEDIATR 2010; 50: 197-202.
- ⁴² Botella C. Administración de un enema de limpieza. Técnicas en A.P. España. Servicio Canario de la Salud.2005
- ⁴³ Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS
- ⁴⁴ Downey L, Lloyd H. Bed bathing patients in hospital. Nursing Standard. 22, 34, 35-40. Date of acceptance: January 31 2008.
- ⁴⁵ Quiroz-Herber M A, et al. Pediculosis. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2015; 32(1): 22-25
- ⁴⁶ Palma C. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp. 2010; 68(7): 351-357
- ⁴⁷ Gajewska E, et al. Development and psychokinetic therapy of children suffering from West Syndrome – an overview. · Roczniki Akademii Medycznej Vol. 50, 2005 ·
- ⁴⁸ Ruiz R. Et al. Fiebre en pediatría. Rev Mex Pediatr 2010; 77(Supl. 1); S3-S8
- ⁴⁹ Del Toro-Alonso V. El Juego simbólico en alumnos con Síndrome de West y otras Encefalopatías Epilépticas. Fundación Síndrome de West. Revista de Educación Inclusiva, ISSN 1889-4208 Inclusive Education Journal, Junio, 2013, Vol. 6.

-
- ⁵⁰ Fuentes Opplieger V. La alfombra mágica: técnicas terapéuticas y actividades lúdicas para niños y niñas. Serie Manuales de Trabajo. Corporación Opción. 2013.
- ⁵¹ Fonseca Canteros Marcelo. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. Rev Chil Cir [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Mayo 20] ; 68(3): 258-264.
- ⁵² Pinedo Velázquez MT. La humanización de los cuidados: reto de la Enfermería del siglo XXI. Haciendo visible, lo invisible. El papel de Enfermería frente al sufrimiento espiritual del paciente. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2011.
- ⁵³ Grau C., Fernández Hawrylak M.. Familia y enfermedad crónica pediátrica. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 Ago [citado 2018 Mayo 20] ; 33(2): 203-212.
- ⁵⁴ Melo E, Ferreira P, Lima R. Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014;22(3):432-9.
- ⁵⁵ Diana Marcela. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 13 N° 1 Bogotá (Colombia), 13 (1): 27-46, enero-junio de 2011
- ⁵⁶ Chávez R, et al. Conocimientos y creencias sobre epilepsia en padres de familia que acuden a un hospital del tercer nivel. Rev Neuropsiquiatr 78 (3), 2015.
- ⁵⁷ Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Seguridad y protección para el niño. Rev Latino-am Enfermagem 2009 maio-junho; 17(3)
- ⁵⁸ R. Girard et al. Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica — who/cds/csr/eph/2002.12.
- ⁵⁹ .O'Grady Naomi P et al. Preventing Intravascular Catheter Related Infections. Clinical Infectious Diseases 2011;52(9)

⁶⁰ Pino P. Curación de catéter venoso central. ¿uso de apósito impregnado de clorhexidina o apósito estándar? *Horizon enferm* 2012; 23(1) : 97-99

⁶¹ Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, et al. Fall Prevention in Acute Care Hospitals: A Randomized Trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2010;304(17):1912-1918. doi:10.1001/jama.2010.1567.

XI ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo Ara Sarmiento Reyes, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) George Emmanuel Zamora participe en el estudio de caso Lactante con Dependencia en las 14 necesidades por Síndrome de West, cuyo Objetivo principal es: Elaborar un estudio de caso a un lactante masculino con alteración en las 14 necesidades por síndrome de West en el Hospital Infantil de México Federico Gómez 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: Cuidados 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 seré libre de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: LE Ismael Duarte Zamora

Firma

Nombre del padre o Tutor: Ara Sarmiento Reyes

Firma

Testigos

Nombre: Lizeth Bastida
Firma: _____
Domicilio: _____

Nombre: Pamela Tovar
Firma: _____
Domicilio: _____

México, D.F. a 23 de Octubre - 2017

Anexo 2 Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

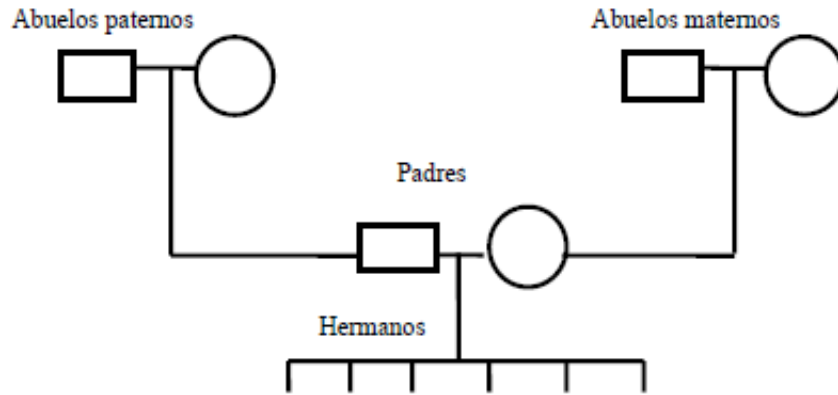


I D A T O S D E M O R F O L O G Í C O S	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
	Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____
	Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____
	Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
	Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____
	Religión: _____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

	Ingresos económicos de la familia: _____
	Medios de transporte de la localidad: _____

Mapa Familiar.

Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva.	Enfermedades

Símbolos

- Hombre Mujer Paciente problemas
- Fallecimiento Relaciones fuertes
- Relaciones débiles Relaciones con estrés

III O R I E N T A C I O N	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___</p> <p>Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___ No: ___ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____</p> <p>_____</p>
IV A N T E C E D E N T E S I N D I V I D U A L E S	<p>Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____</p> <p>Lloró al nacer: ___ Respiró al nacer: ___ Se realizaron maniobras de resucitación: _____</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño?</p> <p>_____</p> <p>¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico; Sí: ___ No: ___</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p> <p>_____</p> <p>Vacunación: _____</p>
1	<p>Alimentación</p>
	<p>El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____</p> <p>Licuados: _____ Otros: _____</p> <p>¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____</p> <p>Lugar: _____</p> <p>¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____</p> <p>¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____</p> <p>Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____</p> <p>Alimentación especial: _____</p>

	<p>Cantidad de alimentos: Desayuno Comida Merienda</p> <p>Cereales _____ _____ _____</p> <p>Frutas _____ _____ _____</p> <p>Vegetales _____ _____ _____</p> <p>Carne _____ _____ _____</p> <p>Tipo de líquidos: Via oral: _____ Via Parenteral: _____</p> <p>Hábitos en los alimentos: _____</p> <p>A que edad le salieron los dientes: _____</p>
1	<p style="text-align: center;">Eliminación</p> <p>Evacuaciones orina en el pañal en orinal en el baño día noche</p> <p>_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____</p> <p>Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____</p> <p>Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____</p> <p>Olor: Ácida: _____ Fétida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____</p> <p>Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento: _____</p> <p>Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>Hábitos: _____</p> <p>Descripción de genitales: _____</p> <p>Sudoración: _____</p>
2	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> <p>Sonometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____</p> <p>Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____</p> <p>Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____</p> <p>Pulso: _____</p> <p>Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____</p> <p>Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ Disociación toraco bdominal: _____</p>
3	

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

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

10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____</p> <p>Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____</p> <p>Los objetos: _____ Animales: _____</p> <p>Las personas: _____ Juega solo: _____</p> <p>Con otros niños: _____ Con adultos: _____</p>												
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> <p>¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____</p> <p>_____</p>												
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>_____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud:</p> <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____</p> <p>Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Nombre del medicamento</th> <th style="width: 20%;">Dosis</th> <th style="width: 20%;">Via</th> <th style="width: 25%;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>De qué forma acostumbra a dárselos: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Via	Fecha	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Via	Fecha										
_____	_____	_____	_____										
_____	_____	_____	_____										

13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____</p> <p>¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____</p> <p style="text-align: center;">¿Cómo reaccionó? _____</p> <p>¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____</p> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____</p> <p>_____</p>
	14

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

V. JERARQUÍA DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.
(En las dimensiones física, psicosocial y espiritual).

FECHA EN LA QUE SE IDENTIFICA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	FECHA DE RESOLUCIÓN

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

VI. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Nombre: _____ Servicio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dx Médico: _____ Registro _____

FECHA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN

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

VII. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Nombre del alumno: _____

Necesidad	Ind	Dep	Causa de la dificultad			La dificultad interaccional Necesidad		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Grado	Grado	F.F.	F.V.	F.C.	SI	NO	

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

VIII. PLAN DE ALTA.

Nombre del paciente: _____

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

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

2.- Orientación dietética:

3.- Medicamentos indicados:

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

4.- Registro de signos y síntomas de alarma:

(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

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

6.- Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

Anexo 3 Formato de Reporte Diario



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



Reporte diario

Nombre del alumno: _____ Fecha: _____ Servicio: _____
Nombre del niño: _____ Edad: _____ Registro: _____
Valoración Focalizada de la necesidad de: _____

I. Datos subjetivos:

II. Datos Objetivos:

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

Otros:

A) Observación general (habitus externo)

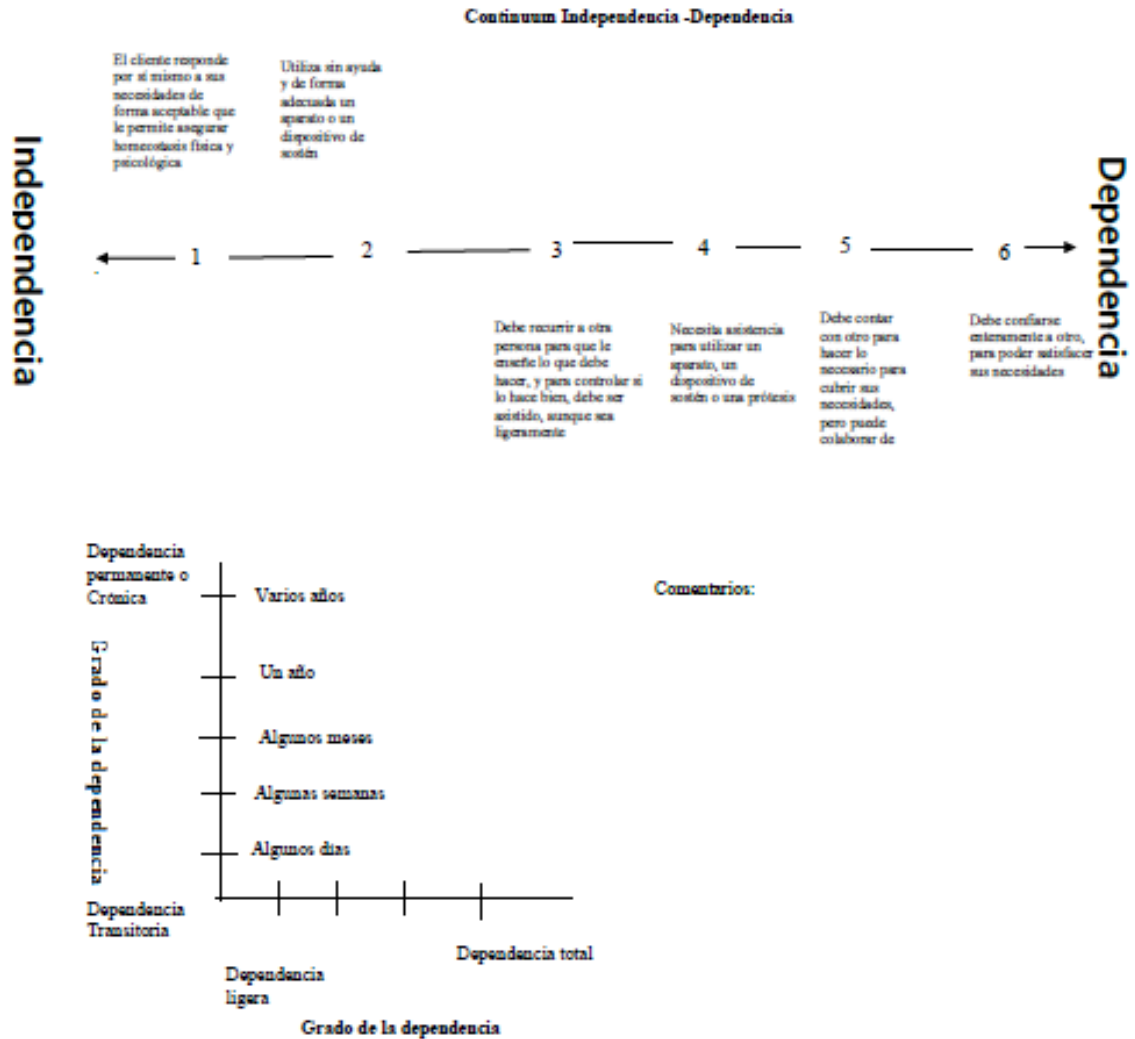
B) Exploración física

III. Tipo de relación de enfermería:

- a) Acompañamiento
- b) Suplencia
- c) Ayuda

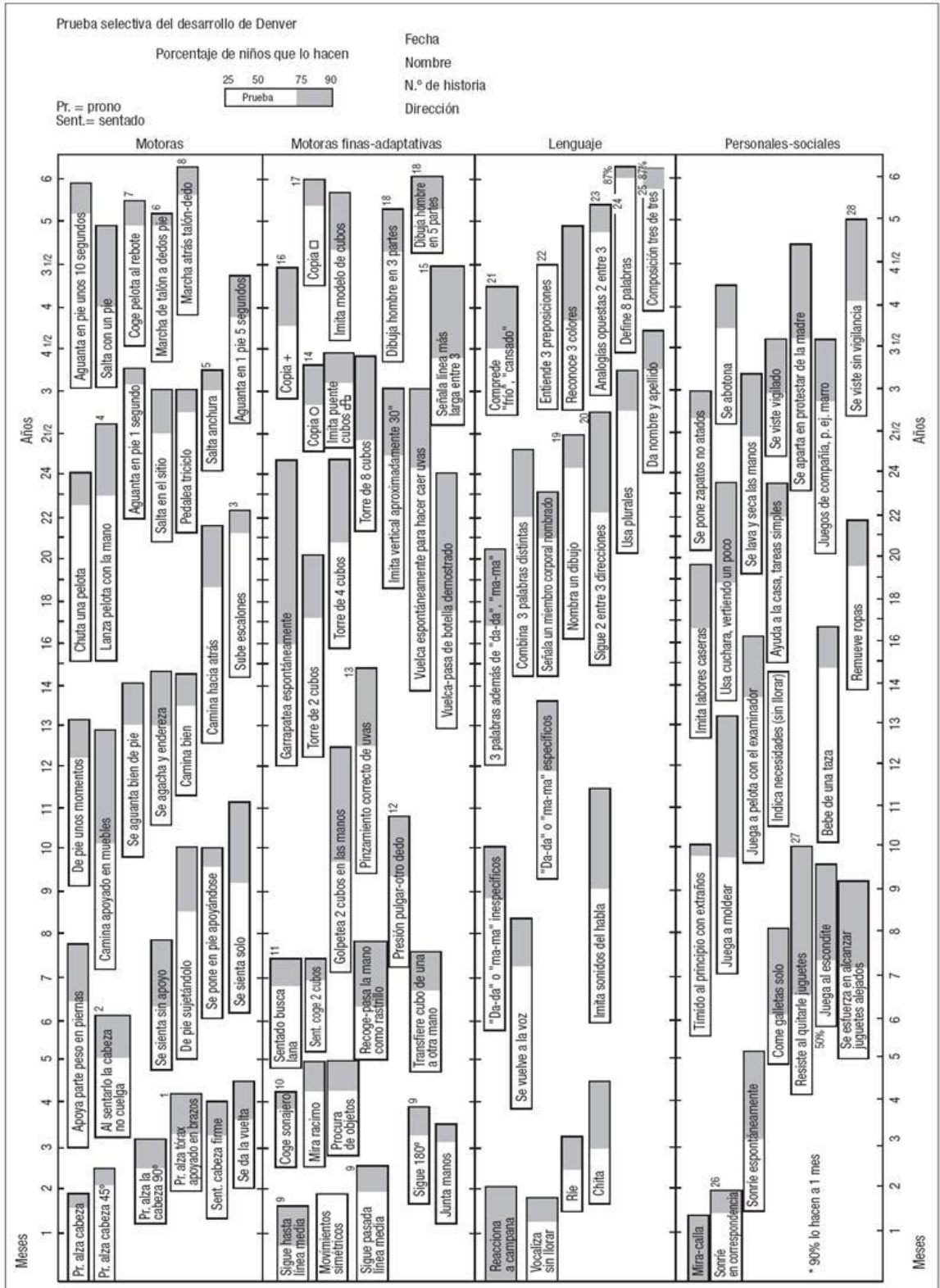
IV. Fuentes de la dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad)

V. Diagnóstico de Enfermería



Fuente (de las gráficas): Phaesuf M, (1995), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc: Orsw Hill Intersamericana

Anexo 4 Escala de DENVER



DATOS DE ALARMA

En caso de:	Que hacer
Fiebre : Temperatura de más de 38°C	Dale un baño con agua tibia, cambiando el agua cada vez que esta se enfríe hasta lograr una temperatura adecuada
Diarrea, vómitos.	Continúa con la alimentación habitual y ofrece vida suero oral, ofreciendo 30 ML por cada evacuación diarrea a través de Sonda Nasogástrica
Convulsión	Mantenga la calma Coloque al menor sobre una superficie plana Evitar la salida brusca de la sonda nasogástrica Tome el tiempo de duración Acuda a la consulta en esta unidad o en la clínica mas cercana mas cercana si la convulsión dura mas de 5 minutos, el niño cambia de color o presenta agitación al respirar.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Cuidados en el Hogar



Elaboró: L.E: Duarte Zamora Ismael

Hospital Infantil de México Federico Gómez
Calle Dr. Márquez 162, Cuauhtémoc, 06720 Ciudad de México, CDMX
Teléfono: 55 5228 9917

