



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



ESTUDIO DE CASO

“PREESCOLAR MASCULINO CON DEPENDENCIA EN LAS NECESIDADES POR
SÍNDROME DE LENNOX GASTAUT”

Qué para obtener el grado en Especialista en Enfermería Infantil

P R E S E N T A:

L.E. LOURDES LIZETH BASTIDA HERNÁNDEZ

ASESORADO POR:

E.E.I. Verónica Espinosa Meneses

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer infinitamente a Dios por permitirme llegar hasta este día, por permitirme concluir satisfactoriamente mis estudios, por siempre iluminarme en mi camino y bendecirme hasta el día de hoy.

Gracias a toda mi familia por su apoyo, a papá Evaristo y a mamá Rosita por siempre estar pendiente de mi bienestar, por tanto amor y cariño que me dan día con día. Gracias Evita por siempre escucharme, por tus consejos y enseñanzas a lo largo de este camino, gracias por darme el ejemplo de perseverancia, gracias a todos los que conforman a mi familia porque sin su granito de arena nada de esto sería posible. Gracias Guillermo, el hombre que ha visto por mí desde niña, gracias por darme tanto y sin pedir nada a cambio, gracias por todos los días que me dedicaste de tu tiempo para escucharme, aconsejarme y preocuparte por mi futuro, gracias por todo lo que me has dado, sabes que sin tu apoyo no estaría aquí, gracias.

Y gracias a mi Madre, quien siempre ha sido mi guía, mi fuerza y mi apoyo en todas las metas que me he propuesto, gracias a ti mamá por las noches de desvelo a mi lado, por todas las veces que me aconsejaste para tomar buenas decisiones, por cada mañana que dedicaste a mis desayunos, por todo el apoyo que me diste y que me sigues dando, porque sin ti nada de esto hubiera sido posible, gracias por enseñarme a ser buena persona, por los valores inculcados, por la fortaleza que me das, gracias por ser mi máximo ejemplo a seguir y sobre todo gracias por la herencia que me has dejado, mi educación, porque todo lo que soy y he logrado es por ti, y no me alcanzará la vida para regresarte si quiera un poco del esfuerzo y sacrificios que tú has hecho por mí, y quiero recordarte que este triunfo no solo es mío sino también tuyo.

Gracias Marco, gracias por apoyarme siempre y en todo momento, por estar ahí cada noche de desvelo aun cuando tu sueño te vencía, por nunca

dejarme sola, por impulsarme cada día a ser mejor, a creer en mí y en lo que soy, por darme tranquilidad y aconsejarme en cada momento, por siempre escuchar mis largas historias en el hospital, por interesarte todos los días en mí y en mi profesión. Gracias por ser el gran hombre que eres conmigo, gracias por tanto amor, por no soltar mi mano jamás.

Gracias a mis profesoras, E.E.I Maricela Cruz y a mi tutora E.E.I Verónica Espinosa, gracias por todas las enseñanzas que me dieron, por cada minuto de su tiempo que me dedicaron, por cada regaño que me hizo mejorar y superarme, gracias por siempre impulsarme a ser lo que soy ahora y lograr en mi ser una gran enfermera.

Y gracias a mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México por formarme en todos estos años, gracias por la educación que me ha dado y gracias al Hospital Infantil de México por permitirme ser parte de esta institución durante 2 años, en el servicio social y la especialidad, todas las enseñanzas que me llevo nunca serán olvidadas.

Y por último, gracias a Axel Martín Hernández Tapia y a sus padres, que me dieron la total confianza para realizar este proyecto y sobre todo por la amistad que me brindaron, son una familia ejemplar.

Lourdes Lizeth Bastida Hernández.

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN	5
II OBJETIVOS.....	7
2.1 General.....	7
2.2 Específicos.....	7
III MARCO REFERENCIAL	8
3.1 Artículos revisados con el modelo de Virginia Henderson	8
IV MARCO CONCEPTUAL	18
4.1 Propuesta Teórica de Virginia Henderson	18
4.2 Proceso de Atención Enfermería	25
4.3 Aspectos Éticos del Cuidado	41
4.4 Generalidades de crecimiento y desarrollo del niño de 3 años.....	50
4.5 Síndrome de Lennox Gastaut como factor de dependencia en las necesidades	55
V METODOLOGÍA	57
5.1 Método e Instrumentos utilizados	57
VI PRESENTACION DEL CASO.....	58
6.1 Descripción del caso.....	58
VII APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	64
7.1 Valoración y Jerarquización de las Necesidades Focalizadas.....	64
7.2 Proceso Diagnóstico	79
7.3 Planeación de intervenciones especializadas	85
7.4 Ejecución y evaluación	199
VIII PLAN DE ALTA	200
IX CONCLUSIONES	201
X BIBLIOGRAFÍA.....	202
XI ANEXO:.....	211
Anexo 1: Consentimiento Informado	211
Anexo 2: Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años	212
Anexo 3: Reporte Diario	226

I INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería requiere de métodos teóricos que permitan brindar y mejorar el cuidado especializado, para esto se necesita otorgar el cuidado con bases científicas y cuidados éticos. Para otorgar estos cuidados se utiliza el Proceso de Atención de Enfermería apoyado de una teoría, en este caso la Teoría de Virginia Henderson.

El propósito de este estudio de caso es otorgar atención de calidad, especializada e individualizada a un preescolar masculino, aplicando los conceptos básicos de la teoría de Virginia Henderson a través del proceso de Atención de Enfermería. El caso corresponde a un paciente con un padecimiento que requiere de cuidados específicos y la participación de la familia.

El caso trata de un paciente preescolar masculino con diagnóstico de Sx de Lennox Gastaut, el cual es conocido y tratado por el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” desde Octubre de 2017; para la realización del presente estudio, fue captada dentro del servicio de Pediatría 1 y 2 en Octubre del 2017, donde se plantea a la madre y padre del paciente la probabilidad y disponibilidad para poder realizar el presente trabajo, a lo que ambos aceptan.

Como contenido del presente trabajo, se presentan las bases teóricas que sustentan al estudio de caso, destacando los aspectos importantes del modelo de Virginia Henderson, el Proceso Atención de Enfermería, así como las consideraciones éticas que competen a la profesión. Finalmente se presentan las generalidades de crecimiento y desarrollo de la etapa preescolar e información referente al Síndrome de Lennox Gastaut como factor de dependencia.

Posteriormente, se presentan los métodos e instrumentos empleados para la elaboración del presente estudio de caso, tales como los distintos tipos de valoraciones utilizadas, describiendo la metodología del proceso enfermero, del modelo de Virginia Henderson y del método clínico, así como la obtención de datos por medio de distintos tipos de fuentes.

Después, se da a conocer la descripción del caso, incluyendo un análisis familiar, la historia de la enfermedad, el habitus externo y la exploración cefalocaudal.

Se presenta la aplicación del proceso de enfermería, desde la realización de la valoración y jerarquización de las necesidades focalizadas, la elaboración de la etapa diagnóstica, siguiendo con la planeación de las intervenciones especializadas y para finalizar con la ejecución de éstas y su evaluación.

II OBJETIVOS

2.1 General

- ✚ Elaborar un estudio de caso que refleje los cuidados especializados a un preescolar masculino con dependencia en las necesidades básicas por síndrome de Lennox Gastaut, a través del Proceso Atención de Enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson.

2.2 Específicos

- ✚ Identificar las necesidades más alteradas en el preescolar con síndrome de Lennox Gastaut a través de valoraciones exhaustivas y focalizadas.
- ✚ Analizar los datos objetivos y subjetivos, así como las fuentes de la dificultad para elaborar los diagnósticos.
- ✚ Planear las estrategias que se realizarán en el plan de intervenciones.
- ✚ Ejecutar y evaluar las intervenciones, así como las acciones y logros de los objetivos planeados.
- ✚ Elaborar un plan de alta tomando en cuenta el paciente y su familia.

III MARCO REFERENCIAL

3.1 Artículos revisados con el modelo de Virginia Henderson

La elaboración del estudio de caso se realizará bajo el modelo de Virginia Henderson; para esto se llevó a cabo una búsqueda de artículos y fuentes de información en bases de datos electrónicas.

El día 25 de agosto se inicia la búsqueda de artículos con casos clínicos relacionados con el modelo de Virginia Henderson en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Google Académico, Cochrain, El Sevier, Medigraphic; donde se encontraron revistas de interés (Desarrollo Científicos Enfermería, Portales médico, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Enfermería Universitaria, Benessere)

De estas revistas se obtuvieron un total de 11 artículos con fecha de publicación del 2011 al 2016, los cuales serán estudiados y abordados para el estudio de caso clínico.

El primer artículo fue realizado por Elizabeth Carrillo- Medina y Magdalena Sierra Pacheco en el servicio de cardiología pediátrica del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” en el 2013, a un escolar de 9 años de edad con un diagnóstico de Tetralogía de Fallot con Atresia Pulmonar.

Para su elaboración se otorgó el consentimiento informado por parte del cuidador primario. Posteriormente inicia la recolección de datos, realizando cuatro valoraciones a través del instrumento de las 14 necesidades. De esta forma llevando a cabo un análisis de las necesidades y jerarquización de las mismas, elaborando diagnósticos de enfermería estructurados mediante el problema, la etiología, así como los signos y síntomas utilizando las etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA; por último la elaboración de planes de cuidados para cada uno de ellos.

Los resultados que se observaron en las personas durante la aplicación del estudio de caso no se desató de manera general; en coyuntura entre el tratamiento médico y las intervenciones realizadas se detecta un aumento del nivel de independencia, por lo que logró el egreso en las mejores condiciones clínicas posibles, satisfaciendo la necesidad de movilidad y postura, la cual, como se percibió a través del estudio, fue la más afectada.

Estas herramientas al ser aplicadas al niño con TF- AP de la revolución 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.¹

Otro artículo realizado por Gloria Zita Roa Tostado en el Hospital de segundo nivel de atención de la región de Río Blanco, Veracruz, en 2016, en el servicio de neonatología a un recién nacido de término eutrófico aparentemente sano al nacer, sin embargo, presenta múltiples lesiones en la piel, las cuales aparecieron súbitamente a los pocos minutos de vida, iniciando en los dedos de la mano derecha y después en todos los sitios de roce, 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 decir por los médicos es la primera vez que se presenta la historia de ese hospital.

Esta investigación corresponde a un diseño de tipo cualitativo-descriptivo; con la aplicación del proceso enfermero. 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 dirigidas manejo higiénico-dietético y prevención de infecciones.

Con la aplicación de este proceso de enfermería se obtuvieron resultados favorables ya que al tratarse de un caso nunca antes visto en la unidad médica, el equipo de salud aprendió a manejar adecuadamente al neonato con epidermólisis bullosa, corrigió su práctica común en el manejo del paciente para prevenir la aparición de más lesiones dérmicas y mejorar el estado del neonato.²

Un siguiente artículo es el realizado por Abigaíl Cantellán, Norma Nash, Leticia Méndez, Yuzani Pérez, Nora Cano y Roberto Corona en el servicio de urgencias del Hospital Regional de segundo nivel, en el 2013, a un preescolar masculino de dos años 11 meses de edad que ingresa con diagnóstico médico de síndrome de Guillain Barré, originario de Maracaibo, Zulia, quien presentó una caída de sus propia altura sin causa aparente teniendo lesión lumbosacra. Esta investigación corresponde a un diseño de tipo cualitativo-descriptivo en marcado en un estudio de caso mediante la aplicación del proceso enfermero. Para la recolección de información 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.³

Otro artículo realizado por Isabel Andrés Balsa en El hospital Infantil de Zaragoza en el 2017 a un adolescente de 12 años de edad, paciente con diagnóstico de estenosis aórtica y endocarditis bacteriana, el cual acude a la

consulta del cardiólogo con sensación de pinchazos precordiales y fiebre, palidez, astenia y sudoración.

Para esto se realizó un proceso de atención de enfermería; 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 en el análisis se planteó un diagnóstico y un plan de cuidados estableciendo intervenciones de enfermería.

Este artículo menciona 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 ésta.

Además, comenta que 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.⁴

Un siguiente artículo es el realizado por Ma. De los Ángeles Meraz Rosas y Verónica Espinosa Meneses, el cual nos habla de un estudio de caso realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en 2010 en el servicio de cirugía general a un paciente adolescente masculino de 12 años de edad 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. Se realiza el proceso de atención de enfermería, la obtención de datos se realizó a través de la valoración exhaustiva y focalizada de las 14 necesidades permitiendo detectar la independencia y dependencia de las necesidades básicas de salud con un seguimiento de ocho meses. Para la elaboración de los diagnósticos se utilizó el formato PES, obteniendo un total de 16 diagnósticos de enfermería,

siete son reales cinco son de riesgo y cuatro son de salud. Para la planeación se utilizó la clasificación de intervenciones de enfermería 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. Con la implementación de los objetivos para coadyuvar a resolver el problema del paciente, se logra disminuir el grado de dependencia en algunas necesidades, en otras se logró obtener la independencia o mantenerla y en las últimas se evita llegar a una dependencia. Como conclusión nos dicen que la propuesta de Virginia Henderson en conjunto con el proceso de atención de enfermería permite proporcionar cuidado integral al paciente al contar la enfermera con una base teórica, metodológica instrumental que permite el logro de los objetivos planteados. ⁵

Uno de los artículos presenta la experiencia de un estudiante de enfermería en la ejecución de un plan de intervenciones, enfocado en la implementación de cuidados paliativos, enfatizando algunos elementos sobre la importancia de la calidad de la atención prestada y afrontada del caso por parte de los estudiantes. Este artículo fue realizado por C. Ignorosa y L. González Publicado en junio de 2014. Para éste estudio caso se seleccionó A una persona recién nacida del sexo femenino con diagnóstico de síndrome polimalformativo (síndrome de Patau) tratada en el área de cunero patológico de un hospital general de zona conurbada de la ciudad de México del 14 de febrero al 4 de marzo de 2012 con fecha de fallecimiento del 4 de marzo de 2012. Un estudiante de enfermería realizó la valoración integral, así como todos los cuidados del paciente en el periodo del 14 al 24 de febrero. Posteriormente se lleva a cabo una visita domiciliaria. La recolección de datos se realizó a través de 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. Se implementó un proceso de atención de enfermería y para esto la valoración se llevó a cabo con el formato de necesidades básicas de Virginia Henderson y para la revisión bibliográfica se consultó en diferentes fuentes como PubMed y BVS. 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 siempre desarrollar las intervenciones de enfermería con respeto, empatía, dignidad y calidad en la atención. Y todo esto se logró gracias a que se mantuvo claro el objetivo principal para con el paciente, el cual era 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.

La calidad con que se brinden los cuidados paliativos determinará la calidad de vida de nuestros pacientes, así como la forma oportuna en la aplicación de las intervenciones de enfermería. Es fundamental nunca perder de vista el objetivo trazado y los alcances de las intervenciones para con este tipo de pacientes, pues estos objetivos deberán ir en función de brindar la mejor calidad de vida, prestando mayor atención al bienestar de los pacientes y dejando de lado las medidas que lleven al encarnizamiento.⁶

Otro estudio de caso fue publicado en un artículo por Cynthia Mesa, Sandra Olvera y Julio Cadena en el 2013; este se elaboró de manera descriptiva, prospectiva y transversal dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en el servicio de pediatría, en el periodo

comprendido de Octubre a Diciembre de 2012. Se trata de un lactante masculino de un año seis meses de edad, originario de Uruapan, Michoacán. Desde el nacimiento se detecta ectopia cordis parcial, cinco meses después fue enviado al Instituto Nacional de cardiología para estudio de su cardiopatía, regresa del hospital en condición estable, sin medicamentos y se da seguimiento por consulta externa de cardio pediatria. Se refiere al hospital Infantil de México para manejo integral ya que en sesión médico quirúrgico se acuerda que no es candidato a tratamiento quirúrgico.

La metodología se estructuró de acuerdo al proceso de atención de enfermería de tal manera que se valoró las 14 necesidades con un instrumento validado, se realizará un diagnóstico de enfermería reales, de riesgo y de bienestar con la taxonomía de la Nanda y con el formato PES. Las intervenciones de enfermería se extrajeron de la guía de práctica clínica cardiovascular y también se incluyeron propuestas y contaron con la opinión de profesionales de enfermería con experiencia en cuidados pediátricos cardiológicos. Asimismo, se identifica el nivel de relación de suplencia dependencia, debido a que la persona con su edad no puede ejecutar las actividades por sí mismo; además se realizó una evaluación integral y un plan de alta.⁷

El siguiente artículo fue publicado por Angélica Hernández Tapia en el 2015 sobre un estudio de caso a un preescolar de 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 es enviado al Instituto Nacional de cardiología Ignacio Chávez donde se le da el diagnóstico actual.

Le realizan una cirugía de Fontán a los cuatro años de edad; posterior a la cirugía se da seguimiento domiciliario donde aplican el proceso de atención de enfermería para brindar un cuidado especializado.

En dicho artículo se destacó la importancia del plan para lograr una coordinación inter profesional, evitar errores y proporcionar una visión global y rápida del estado de salud de la persona. Y de igual manera se comprueba la eficacia de la realización del plan de alta y el seguimiento domiciliario, lográndose la reincorporación del niño a sus actividades cotidianas, sin presentar complicaciones derivadas del posoperatorio de la cirugía de Fontán, mejorándose la calidad de vida y sobrevida del paciente.⁸

Otro estudio de caso fue realizado por Nephtali Solis publicado en 2016 en Valparaíso, Chile y tuvo como objetivo analizar el caso de una escuela hospitalizada, con el fin de identificar los ámbitos del ejercicio profesional del enfermero que debieran ser abordados para otorgarle cuidados integrales.

El proceso de atención de enfermería aplicado durante dos días de práctica clínica en un centro hospitalario de la región de Valparaíso, Chile. Se trata de una paciente escolar de sexo femenino de siete años, en su quinto día de hospitalización, con diagnóstico médico de pielonefritis aguda.

Para la valoración se recolectó información mediante la revisión de ficha clínica, entrevista, examen físico y anamnesis a la escolar. Realizan la planeación de enfermería en formato PES, donde identifican y priorizan las necesidades insatisfechas y plantean los objetivos de cuidado. Posteriormente, establecen un plan de intervenciones para la evaluación, otorgando los cuidados planteados; la evaluación se lleva a cabo mediante la monitorización de los indicadores con el fin de evaluar la pertinencia, relevancia o necesidad de modificación en los cuidados de enfermería.

Como resultados, la escolar se mantuvo más tranquila y la comunicación con el personal se mantuvo ambivalente. Observando que una vez superada la

etapa aguda que motivó la hospitalización, se evidenció con mayor claridad una dificultad que nace a nivel familiar pero que se exagera en el ambiente hospitalario, haciendo necesario priorizar un diagnóstico de enfermería del área psicosocial.⁹

Otro estudio de caso fue realizado por Yasmin Galán y Maricela Cruz en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, publicado en 2012. Se trata de una adolescente femenina con deficiencia de proteína C Insuficiencia renal crónica, con dependencia y la necesidad de seguridad y protección. Ella es referida al Hospital Infantil de México a los 17 días de vida del año 2000, recibida el servicio de urgencias donde le diagnosticaron celulitis infraumbilical y fascitis necrosante. Posteriormente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos neonatales para continuar con su tratamiento.

Se inicia el proceso de atención de enfermería, en el cual la recolección de datos a través de fuentes primarias y secundarias, valoraciones focalizadas obteniendo diagnósticos de enfermería apoyándose en la taxonomía Nanda y formato PES. Se detecta el grado y nivel de dependencia y se planean las estrategias a realizar para que alcance su independencia.

Con las intervenciones propuestas se logró 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 eviten complicaciones futuras.¹⁰

El último artículo es publicado por P. Alvarado y M. Cruz en 2013 sobre un estudio de caso realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a una adolescente de 12 años de edad, nacida en Tecozautla, 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 y se confirma cardiopatía congénita y de ventrículo único con doble vía de salida.

Se le realizó una cirugía de Glenn bidireccional, previa a cirugía de Fontán, sin embargo continúa en el hospital por presentar complicaciones de congestión pulmonar posterior a la cirugía, después se da de alta pero reingresa al hospital en 2011 solicitando interconsulta de nefrología por lo que se coloca catéter Tenkoff, Iniciando diálisis peritoneal, ingresando a terapia quirúrgica para estabilizar su estado hemodinámico con estancia de tres días y posteriormente se sube a sala de cardiovascular.

La evaluación se lleva acabo comparando el estado de independencia alcanzado con el grado de dependencia inicial. Este caso ejemplifica la importancia que tienen los padecimientos cardíacos en los niños ya que ocasionan una elevada mortalidad.¹¹

CONCLUSIÓN FINAL

Al utilizar las herramientas metodológicas como el Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, se facilita el reconocimiento de la necesidad es alterada, grado de dependencia y la fuente de dificultad que concierne a la persona con la finalidad de proporcionar cuidados de calidad y dirigidas a solucionar los problemas detectados por medio de la realización de intervenciones basadas en la evidencia científica.

Para poder mejorar la práctica de atención se requiere de conocimiento y habilidad en la aplicación de conceptos abstractos que permitan mejorar el cuidado de enfermería de tal manera que la enfermera especialista debe contar con los conocimientos necesarios para brindar los cuidados específicos de acuerdo a las intervenciones propuestas.

IV MARCO CONCEPTUAL

4.1 Propuesta Teórica de Virginia Henderson

La autora del modelo propuesto en esta obra, Virginia Henderson, es una enfermera mundialmente conocida, nacida en Kansas City. Ha trabajado en el campo del cuidado enfermero desde 1939 hasta la década de los 80. ¹¹

Por sus escritos y sus enseñanzas, ha influido en múltiples esferas debido a la importancia que ha dado a la utilización del proceso de cuidados, según el modelo que ella ha elaborado, a causa de desarrollar los cuidados enfermeros a partir de bases científicas y de enriquecerlos con principios interpersonales. Su modelo conceptual, ampliamente utilizado, se basa en las necesidades humanas.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración.

METAPARADIGMA

Enfermería

“La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.” ¹²

- **Persona**: “Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales”. ¹²

- **Salud**: “La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios.”¹²

- **Entorno**: Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia.¹³

Necesidad

“Una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.”¹³

Necesidades Básicas

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de Nutrición e Hidratación
- Necesidad de Eliminación
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel
- Necesidad de Evitar Peligros
- Necesidad de Comunicarse
- Necesidad de Vivir según creencias y valores
- Necesidad de Trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas
- Necesidad de Aprendizaje

El **rol profesional** es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarlo a morir dignamente.¹⁴

FUENTES DE LA DIFICULTAD

CONOCIMIENTO: El saber de la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. ¹⁵

FUERZA: Puede ser Física e Intelectual. Cuando es física, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz y la psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

VOLUNTAD: Implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.” ¹⁵

CONCEPTOS DEL MODELO

Independencia

Consecución de un nivel aceptado de satisfacción de las necesidades de la persona, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por sí misma cualquiera de sus necesidades.

Independencia en el niño

“Al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación, eliminación, cuidados de higiene, etc.) necesiten en la ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.” ¹⁶

Dependencia

Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma una acción, sin ayuda, las acciones que le permitirían,

en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

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.”¹⁶

CONTINUUM INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA

En el siguiente cuadro observamos la escala de continuum independencia-dependencia propuesta por Phaneuf, donde encontramos seis parámetros, considerando el 1 y 2 en independencia y del 3 al 6 en dependencia, para valorar el nivel de dependencia en el que se encuentra el individuo es necesario considerar las características propias del mismo, para así poder situarlo en uno de estos parámetros y si lo requiere brindarle apoyo para regresar a la independencia o seguir conservándola.

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

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

RELACIÓN ENTRE DURACIÓN Y EL GRADO DE DEPENDENCIA

La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación a su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total transitoria o permanente. En la siguiente imagen se presenta el grafico de tiempo y duración, para determinar si la dependencia es ligera o total y transitoria o crónica o permanente.



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

POSTULADOS

- ✓ Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- ✓ Cada individuo es un todo compuesto y complejo con 14 necesidades.
- ✓ Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

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.

SUPUESTOS PRINCIPALES

- ✓ Cada individuo lucha por mantener la salud de tu recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud.
- ✓ Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser bio psico social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales.
- ✓ Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente.

AFIRMACIONES TEÓRICAS.

Relación enfermero/a-paciente según V. Henderson

Donde la enfermera puede tener 3 tipos de relaciones:

- Enfermera/o como **sustituto** del paciente (enfoque de suplencia): Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. ¹⁶

- Enfermera/o como **auxiliar** del paciente (enfoque de suplencia y ayuda): La/el enfermera/o realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo. ¹⁶
- Enfermera/o como **acompañante** del paciente (enfoque de ayuda): La/el enfermera/o supervisa y educa al paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados. ¹⁶

Relación enfermera-médico.

Se tiene una función única, distinta al médico; realiza su propio plan de cuidados y lo lleva a cabo junto con el paciente; por otro lado, facilita el plan terapéutico prescrito por el médico.

Relación enfermera-equipo de salud.

Existe una ayuda mutua entre la enfermera y el equipo multidisciplinario, cada quien llevando a cabo su trabajo independiente, con el único fin de realizar satisfactoriamente el programa de asistencia hacia el paciente.

4.2 Proceso de Atención Enfermería

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“El proceso de enfermería es un método por el cual se analiza al individuo, a la familia y a la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.”¹⁴

“Las etapas del PAE son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero estructuradas en secuencia lógica para ser una guía que orientará al personal de enfermería la forma en que actuará considerando la situación de salud muy en particular de cada persona, familia y comunidad.”¹⁵

Las etapas del PAE son: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación

VALORACIÓN

“La valoración, primera etapa del PAE, es el proceso organizado y metódico de recoger información procedente de diversas fuentes, verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar el estado integral de salud de la persona o grupos; debe ser sistematizada y premeditada; es un proceso intencionado que se basa en un plan para recoger información exacta y completa para facilitar las siguientes etapas.”¹⁶

Tipos de valoración

a) Valoración inicial o básica.

Se realiza durante la entrevista inicial con la persona para reunir información sobre todos los aspectos del estado de salud, a través de una guía estructurada.

b) Valoración continuada o focalizada.

Se realiza para reunir información detallada sobre las respuestas a problemas de salud o a procesos vitales de un solo aspecto o patrón.

c) Valoración de urgencia o rápida.

Se realiza para reunir información en el menor tiempo posible en personas en estado crítico que permitan la intervención rápida de enfermería.

Fases de la valoración

a) Recolección de datos

Consiste en la obtención de la historia de salud y estado global de la persona a través de diversas fuentes, mismas que a continuación se describen.

b) Fuentes de datos

- **Primaria:** es el individuo mismo
- **Secundaria:** familia, personas, cercanas a su entorno próximo, equipo de salud, expediente, datos de la vivienda

Tipos de datos

a) Datos subjetivos. Percepción de la persona con respecto a su estado de salud y a su forma de expresar o responder ante los problemas o preocupaciones que pueda presentar.

b) Datos objetivos. Son aquellos susceptibles de ser observados y medidos (cuantificables) por el profesional de la salud.

Métodos de obtención de datos

1: La entrevista

Es la técnica empleada principalmente para la obtención de los datos subjetivos; consta de tres secciones (inicio, cuerpo y cierre). Permite obtener información acerca de la persona y/o familia en torno a los problemas y/o

preocupaciones de salud, a través de la interacción profesional de enfermería-persona.¹⁷

Tipos de entrevista:

- a) Formal o estructurada:** consiste en la comunicación con un propósito específico, diseñada para una finalidad terapéutica.
- b) Informal o incidental:** es la conversación entre el profesional de enfermería y la persona en el curso de los cuidados.

2: La observación

Comprende la utilización de todos los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) para captar la información de manera globalizadora.

a) Habitus exterior

Representa el conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales que dan lugar a la apariencia del paciente, que constituye la primera aproximación al estudio de su condición clínica de salud a través de la inspección general.

Características biológicas:

Edad aparente: igual, menor, mayor a la aparentada.

Sexo: diferencias de órganos reproductores, roles sociales, fenotípicamente.

Integridad física: aspectos de discapacidad que condicionen la situación (tipo motor, amputaciones, malformaciones)

Complexión o biotipo morfológico: clasificación de la figura corporal (mesomórfico, endomórfico y ectomórfico)

Conformación: simetría corporal, relativa a los órganos pares (rostro, tronco, extremidades)

Posición: de pie, sentado o decúbito.

Actitud: libremente escogida, forzada.

Fascias: alteraciones genéticas, emociones.

Características de los tegumentos: coloración, hidratación, turgencia, cicatrices, tatuajes, perforaciones.

Estado nutricional: condiciones extremas (sobrepeso u obesidad)

Presencia de movimientos anormales: temblores, tics, movimientos de corea.

Marcha: tipo de marcha; lo hace solo, requiere aditamentos (bastón, muletas, andaderas), amputación, presencia de yeso o vendaje.

Higiene corporal: refleja hábitos personales, condiciones de cuidado del familiar.

Características psicológicas: diversos aspectos de la posición corporal, de las expresiones faciales y de la mirada, se asocian con emociones, estado de humor, actitudes, carácter e inteligencia del paciente.

Características sociales:

Vestido: puede reflejar indumentaria regional, condición social (uso de joyería). Puede inferir creencias (mal de ojo, ojo de venado)

3: El examen físico

Este método se realiza a través del uso de ciertas técnicas, con la finalidad de obtener información para detectar problemas reales y potenciales y confirmar, objetivamente, los datos subjetivos obtenidos en la entrevista, interrogatorio o de otras fuentes.

Técnicas básicas:

-Inspección. Es el examen visual, cuidadoso y global de la persona, para determinar estados o respuestas; se centra en las características físicas o los comportamientos específicos. Puede ser instrumental, cuando se utilizan dispositivos (lámpara, abatelenguas, otoscopio, rinoscopio) y simple.

-Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal, se emplean las manos para tocar partes del cuerpo y efectuar “mediciones sensitivas” de señales físicas específicas.

-Percusión. Consiste en golpear la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras

-Auscultación. Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo: corazón, pulmones, intestino y arterias.

-Medición: Técnica que tiene como objetivo dar un valor numérico.

DIAGNÓSTICO

“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.”¹⁸

El juicio clínico es emitir una apreciación, una opinión para llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.

ENFOQUES

Diagnóstico como definición. De acuerdo con la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) “un diagnóstico de enfermería es un juicio

clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales”¹⁹. El diagnóstico proporciona la base para la selección de intervenciones del campo de enfermería.

Diagnóstico como proceso. Es la serie de operaciones cognitivas que el profesional lleva a cabo conscientemente para que pueda llegar al punto culminante del diagnóstico o problema, esto por medio de:

-Clasificación de los datos. Según indicadores o categorías.

-Análisis de los datos. Mediante la priorización de estos.

-Interpretación de los datos. Se establecen hipótesis o problemas iniciales.

-Validación del problema. Mediante la confirmación, revisión y análisis de los datos claves.

Diagnóstico como categoría. Son los conceptos diagnósticos que se aplican para describir problemas de salud identificados en la persona, familia o comunidad. Al distinguir los problemas, la atención de enfermería se vuelve más específica e individualizada para cada problema.

Validación del diagnóstico

Enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos mediante la interacción directa de con la persona, familia o comunidad y consultando con otros profesionales de salud.

Registro del diagnóstico de enfermería

Diagnóstico real: Problema-etología-signos y síntomas (PES)

Diagnóstico de salud: Los enunciados se unen con conectores, *relacionado con y manifestado por*.

Comprende el proceso de análisis-síntesis para enunciar un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad ante sus

preocupaciones, necesidades o problemas de salud, reales y/o potenciales, y con ello brindar una intervención para su resolución o disminución gracias al conocimiento del profesional de enfermería.

Componentes

La NANDA Se determinó que cada diagnóstico de enfermería real tuvieran los componentes que a continuación se describen y que sean mencionados en el libro de la Nanda.

1.- Título o **Etiqueta** (Enunciado del problema): Descripción breve del problema de salud. Consta de dos partes unidas por la frase relacionado con. El problema de salud no se orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados, que corresponde a la etapa de planificación.

2.- **Características definitorias:** Grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.

3.- **Factores etimológicos y contribuyentes:** identifican aquellos factores situacional, patológicos o de maduración que pueden causar el problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de enfermería.

Directrices para formular un diagnóstico de Enfermería.

Prescribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) para su descripción.

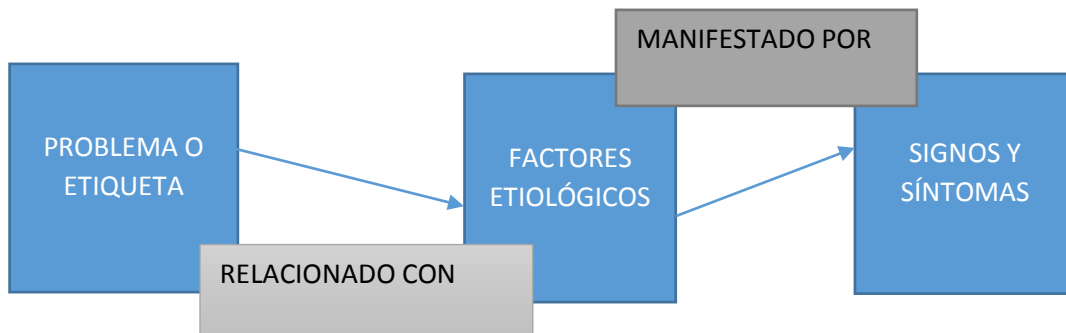
En un diagnóstico de enfermería hay tres componentes esenciales que cumplen con el **formato PES de Gordon.**

FORMATO PES
Problema de salud o etiqueta
Factores etiológicos relacionados
Signos y síntomas o características definitorias

Los factores etiológicos o relacionados son el segundo componente; comprenden el probable factor que ocasiona mantiene un problema de salud del usuario. Éstos factores pueden ser comportamientos, elementos del entorno una interacción de ambos. ¹⁹

Los factores etiológicos relacionados son la base de las intervenciones para resolver problema.

Las características definitorias signos y síntomas son los indicadores de la situación; elementos que causen contribuyen a la manifestación de un problema de salud



Esquemáticamente, se presentan los elementos con los que se constituye el diagnóstico de enfermería; en la valoración se identifica el problema o etiqueta que corresponde la nominación del concepto diagnóstico, se enlazan los factores etiológicos (causa) con las palabras relacionado con y finalmente, se ponen las manifestaciones de signos y síntomas que corresponden a las características definitorias. ¹⁹

Iyer W Patrícia (1991) Describe 10 normas para escribir diagnósticos enfermería.

- ✓ Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas, más que a las necesidades.
- ✓ Utilizar “relacionado con.”

- ✓ Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- ✓ Escribir diagnóstico sin emitir juicios de valor.
- ✓ Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
- ✓ No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- ✓ La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
- ✓ Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- ✓ Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuación de la enfermería.
- ✓ El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería.

PLANEACIÓN

En la tercera etapa se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería se determina como brindar cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a objetivos.

Etapas

1.- Establecimiento de prioridades

Ya que se identifican los diagnósticos de enfermería, se debe establecer un orden de prioridad entre ellos, y para esto se deben consensuar con la persona, a fin de fortalecer la relación terapéutica y evitar errores y pérdida de tiempo.

El orden de prioridad es un sistema de clasificación y jerarquización de necesidades.

Tipos de prioridad:

- Alta
- Media
- Baja

2.- Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados

Los objetivos de laboran una vez que se han priorizado los diagnósticos ya que el objetivo es la evolución de la persona o modificación deseada de su comportamiento, estos pueden ser cambios biológicos, afectivos, cognoscitivos, sociales, espirituales.

La valoración se realiza mediante escalas Likert de cinco puntos. Los objetivos se pueden obtener a corto, mediano y largo plazo.

Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados.

Los **objetivos** de resultados se laboran una vez que sean realizados los diagnósticos; de esta manera, un objetivo es la evolución de la persona una modificación deseada de su comportamiento; es una forma de proyección de la respuesta esperada, observa los comportamientos que manifiestan cambio biológico, afectivo, cognoscitivo, social, espiritual.

Kozier propone las siguientes directrices que deben considerarse estar objetiva del resultado:

- ✚ Escribirlos en términos de la conducta de la persona; evite verbos, permitir, facilitar, promover, ya que señala lo que la enfermera espera lograr, no lo que hará la persona.

- ✚ El enunciado del objetivo debe ser apropiado y compatible con el diagnóstico enfermero, así como con los tratamientos de otros profesionales.
- ✚ Asegúrese de que los resultados sean realistas para las capacidades, limitaciones O plazo asignado. Las limitaciones pueden ser de tipo económico, de equipo, de apoyo familiar, de estado físico o mental.
- ✚ Verifique que la persona considere los objetivos importantes y los valores.
- ✚ Al formular los objetivos utiliza términos observables y mensurables.

Al establecer los objetivos hay que considerar el tiempo para poder obtener los resultados esperados; según Benavent pueden ser:

- ✚ *Corto plazo*: son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido; en cuestión de horas o días.
- ✚ *Mediano plazo*: para un tiempo intermedio, que puede oscilar entre una semana o un mes, de tal forma que se puedan utilizar para reconocer los logros de las personas mantener la motivación.
- ✚ *Largo plazo*: son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Características de los objetivos

- 1.- Derivan de los diagnósticos.
- 2.- Se anotan usando términos mensurables.
- 3.- Cuando es posible, se formulan conjuntamente con la persona y demás proveedores de cuidados de la salud.
- 4.- Son realistas respecto a las capacidades actuales y potenciales de la persona.
- 5.- Pueden lograrse con los recursos de que dispone la persona.
- 6.- 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

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?

3.- Elección de intervenciones

Las intervenciones con el comportamiento y actividad de enfermería; es lo que se hace para ayudar a que de la conducta de la persona se obtenga el resultado deseado.

Tipos de intervenciones

Intervenciones independientes o autónomas. Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades.

Intervenciones dependientes. Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión.

Intervenciones de colaboración o interdependientes. Son las acciones que se llevan a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria.

Desarrollo de planes de cuidados

Tipos

Individualizados. Se realizan para cada persona en particular basada en la valoración detallada.

Estandarizados. Son un soporte de información que reagrupan los mismos elementos que un plan de cuidados, pero estos son preestablecidos con respecto a un diagnóstico de enfermería, un tipo de pacientes y una práctica de cuidados determinada.

Informatizados. Se realizan mediante equipo computarizado para generar planes individualizados y estandarizados de acuerdo con los programas de cómputo.

4.- Documentación y registro

Es el registro organizado de los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones.

Se debe registrar: fecha, verbo de acción, área de contenido, tiempo y firma

EJECUCIÓN

En esta etapa se pone en marcha el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones que ayudarán a la persona a lograr los objetivos deseados.

Los planes se pueden ejecutar en diversos ambientes de atención sanitaria, como hospitales, domicilios, centros de enfermos crónicos, escuelas, etc.

Intervención

Constituye el conjunto de actividades diseñadas para cubrir las necesidades de salud de las personas, dependiendo de los problemas personales específicos que presenten.

Alfaro recomienda seguir la siguiente regla:

“Realice las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando cuidadosamente las respuestas. Si no obtiene la respuesta deseada empiece a formular preguntas para averiguar que va mal antes de continuar. Cuando sepa que es lo que no funciona, haga los cambios requeridos y anótelos en el plan de cuidados según sea necesario”.¹⁹

Estos deben hacerse de manera completa y exacta.

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 aptitudes 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.²⁰

Evaluación

Esta etapa es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. “Es el instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan, y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambio o, por el contrario, se dan por finalizados.”²⁰

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.

El proceso de evaluación consta de los siguientes aspectos:

- 1.- Obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- 2.- Comparación con los resultados esperados.
- 3.- Elaboración de un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

4.3 Aspectos Éticos del Cuidado

El cuidado ético involucra la interacción y el contacto moral entre dos personas, en el que media una solicitud, en el que hay unión entre las personas, como parte de la relación humana. Por lo tanto podemos deducir que la ética del cuidado es la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio.²¹

La enfermera, como cualquier otra persona, es un ser moral que debe estar continuamente en una reflexión ética, la cual le permita reevaluar sus compromisos con el cuidado de la vida en cualquiera de las etapas del ciclo vital. Como primera medida, el mayor compromiso es el de defender la vida en sí misma, reconociéndole a cada persona su dignidad, su individualidad, intimidad, autonomía, capacidad de autorregularse, entre otros factores, siempre aplicando los principios y valores morales durante la elaboración del proceso de atención que debe brindar.²¹

En el acto del cuidado, como profesional de enfermería, nos podemos encontrar con múltiples controversias, dudas y dilemas desde el punto de vista ético que es necesario solventar con las suficientes herramientas formativas a dicho nivel.²²

Uno de los principales objetivos de la ética enfermera es inspirar y examinar cuáles son las decisiones y las acciones éticamente correctas en situaciones en las que se requiere optar entre dos o más alternativas “poco deseables”.

Valores

Los valores representan convicciones básicas sobre lo que es correcto, bueno o deseable, y guían el comportamiento social y profesional.

Según la Teoría de los Valores de Rokeach, los valores incluyen creencias y actitudes dinámicas sobre determinadas conductas o estados que se consideran óptimos o preferentes; son normas o estándares activos que definen las conductas sociales y profesionales e influyen en los juicios morales.²³

Los valores pueden categorizarse en tres grupos principales:

- *Valores personales terminales*: Son los objetivos y aspiraciones personales para la propia vida.
- *Valores personales instrumentales*: Incluyen las características de los comportamientos propios considerados como óptimos.
- *Valores profesionales*: Son los principios, objetivos y aspiraciones que definen una disciplina y son compartidos por un grupo profesional.

CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS

“La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.²⁵

El código de ética propuesto por la Comisión Interinstitucional de Enfermería propone los siguientes principios de ética para el ejercicio de la enfermería en México:

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.²⁵

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en

el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es

amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de: – Que la acción y el fin del agente sea bueno; – Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

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

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

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

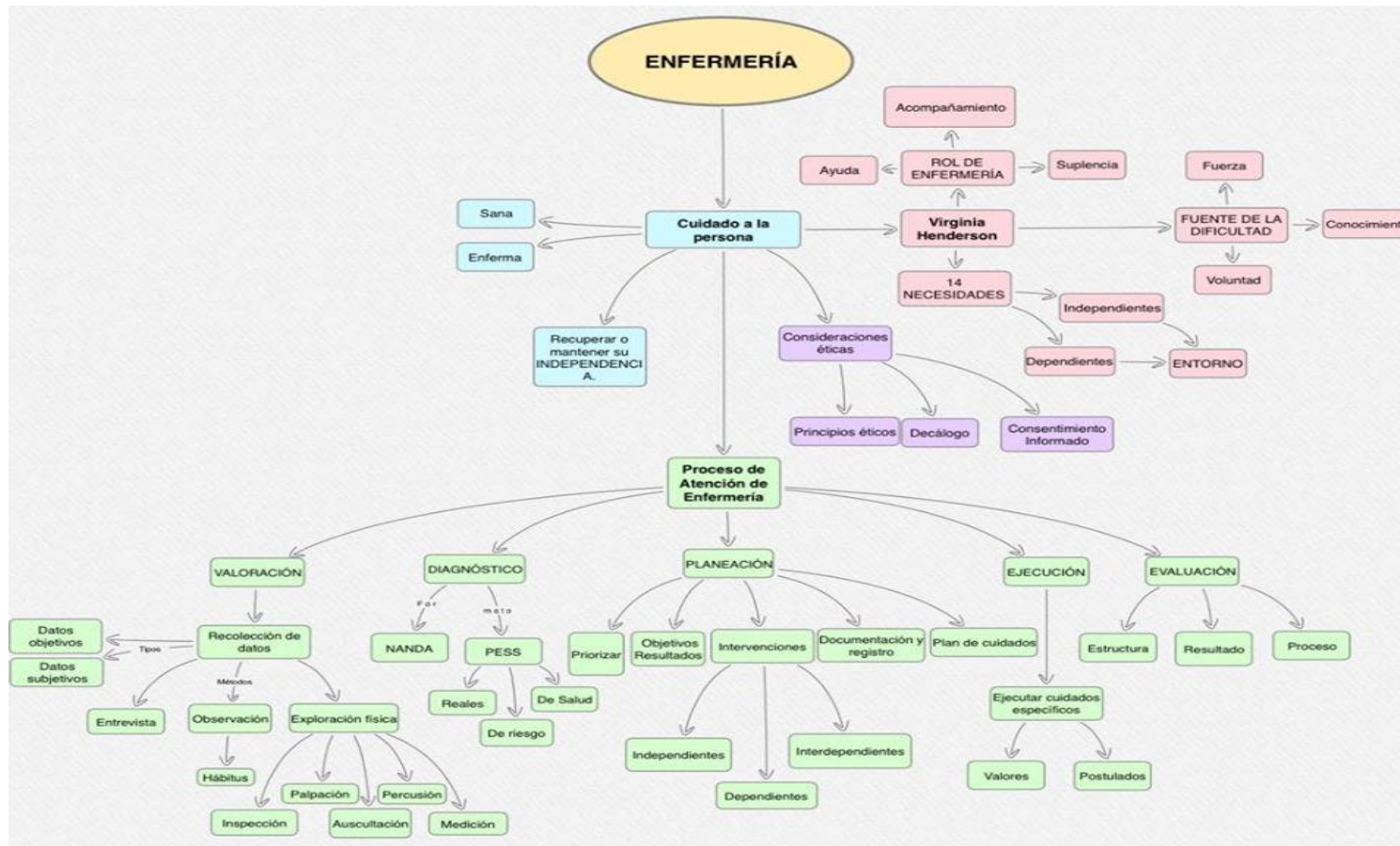
Relación entre la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.

Según la teoría de Virginia Henderson la persona tiene 14 necesidades que debe satisfacer siempre y en todo momento, y cuando la persona cubre por completo las 14 necesidades se dice que esta persona está en Independencia por consiguiente tiene salud. De lo contrario la persona no puede satisfacer estas necesidades, se dice que cae en una dependencia, dada por las fuentes de la dificultad Y éstas pueden ser por falta de fuerza donde interviene directamente una enfermedad, voluntad ya que la persona así desea mantener esta dificultad o conocimiento por falta de conocimiento aprendizaje necesario para satisfacerla. La enfermera, utilizando bases científicas y principios éticos, puede ayudar a esta persona a mantener su independencia o a mejorar la dependencia aplicando el proceso de atención

de enfermería para satisfacer sus 14 necesidades, valorando si es dependiente o independiente y con base a esto elaborar un Juicio mediante un diagnóstico de enfermería. Posterior a esto se pueden planear intervenciones tú no se determinará la función de la enfermera la cual puede ser de ayuda, acompañamiento o suplencia y ejecutar todas las intervenciones en base a sus principios éticos y legales.

Finalmente la enfermera podría evaluar sus intervenciones, si fueron o no adecuadas para llevar la persona a su independencia. Cabe resaltar que el estado de independencia o dependencia de las personas está relacionado por el entorno en donde se desarrollan, siempre en todo momento.

Relación de conceptos, PAE, VH y Aspectos éticos



Elaboró: Lourdes Lizeth Bastida Hernández

4.4 Generalidades de crecimiento y desarrollo del niño de 3 años.

Etapa Preescolar

Es la etapa comprendida entre los dos y seis años. Se regulan mecanismos fisiológicos influyen en el desarrollo físico, el estado de salud, y el grado de adaptación al medio.²⁶

El preescolar aprende a emprender actitudes, establecer relaciones con sus compañeros, comienza formar conceptos basados en la realidad, refina su control motor, comienza disminuir El ritmo de crecimiento, aunque continúa aumentando unos cinco a 7 cm en cada año hasta llegar a la pubertad, sus huesos se endurecen, hay mejor control y ordenamiento muscular. Desarrollar una inmunidad activa al exponerse enfermedades.²⁷

Enfermedades más frecuentes: resfríos, catarrros, sarampión y paperas.

NIVELES DE LOGROS PROMEDIO DE LOS PREESCOLAR (3 AÑOS)

Crecimiento y desarrollo físico

FÍSICO O BIOLÓGICO

Peso: Aproximadamente 12.5 – 16.5 kg. Ganó 2.27 kg durante el tercer año.

Altura: Aproximadamente 90.5 – 101.5 cm. Ganó 8 cm en el tercer año.

Pulso: 105 +/- 15 (promedio 95 latidos/ minuto).

Presión sanguínea: 100 +/- 24

67 +/- 25

MOTOR Y AUTOCUIDADO

Motor grueso.

Camina una línea recta.

Camina hacia atrás.

Camina sobre la punta de los dedos.

Corre sin mirar los pies.

Toma una pelota con los brazos extendidos.

Patea una pelota.

Salta desde una altura de varios centímetros.

Anda en triciclo utilizando pedales; dobla esquinas anchas.

Motor fino.

Construyó una torre de nueve o 10 bloques.

Copia un círculo.

Utilizar tijeras Roma con una mano para cortar.

Muestra preferencia por una mano.

Inserta cuentas en una cuerda.

Puede ayudar con tareas simples de la casa (sacar el polvo, etc.)

Autocuidado.

Habilidades para el vestido.

Se pone la chaqueta sin ayuda.

Casi siempre se desviste solo.

Hábitos sanitarios y de aliño.

Sabe quitarse los pantalones y volver a ponérselos.

Sabe ir solo al baño.

Se cepilla los dientes con ayuda

Sensorial

Agudeza visual: 20/20

DESARROLLO PSICOSOCIAL, PSICOSEXUAL, ESPIRITUAL.

Psicosocial.

Comienzo del desarrollo del sentido de iniciativa.

Contraparte negativa: culpa.

Egocéntrico en pensamiento y conducta.

Alterna entre la realidad y la imaginación.

Capaz de compartir pero expresa ideas de "mío"

Menos dependiente de los padres pero necesita que lo tranquilice y ayuden.

Tolera separaciones cortas de los padres.

Disminución importante en el ritualismo y el negativismo.

Deme la oscuridad.

Puede tener sueños y pesadillas.

Conoce su propio sexo.

Psicosexual.

Etapas fálicas.

Desarrollo espiritual.

Intuitivo - proyectiva

DESARROLLO INTELECTUAL O COGNOSCITIVO, MORAL ²⁸

Pensamiento preoperacional

Subetapa I: Preconceptual; caracterizado por adquisición de lenguaje.

Subetapa II: Etapa intuitiva; el preescolar egocéntrico basa la solución de los problemas solo sobre un aspecto.

Intenta agradar y conformarse a los pedidos.

Las características del pensamiento son animismo y realismo.

Capaz de seguir órdenes de dirección.

Comienza conocer el tiempo.

Moral.

Moralidad preconventional etapa 1.

DESARROLLO DE LENGUAJE, HABLA.

Lenguaje receptivo.

Puede obedecer dos órdenes preposicionales (p. ej. sobre, debajo-

Lenguaje expresivo.

Utiliza oraciones de cuatro palabras – pregunta por qué, utiliza plurales.

Da sexo y nombre completo.

Nombre las figuras en un dibujo.

Tiene vocabulario de 800 a 1000 palabras.

El niño debe ser 90% inteligible.

ESTIMULACIÓN DEL JUEGO (VISUAL, AUDITIVO, TÁCTIL, CINÉTICO)

Le gustan las cosas que se mueven, hablan, hacen ruido.

Libros sobre cosas conocidas.

Lápices de pasta, pinturas.

Aparatos para trepar.

Juguetes para transportar: triciclos, coches, camiones, cochecitos para muñecos.

Jugar al teléfono, música, tocadiscos.

Rompecabezas simples, platos de juguete, burbujas de jabón.

4.5 Síndrome de Lennox Gastaut como factor de dependencia en las necesidades

Ocurre en 0.1-0.5/100,000 habitantes y del 3 al 5 % de todas las epilepsias. Aparece entre los dos y los siete años de edad. En el 30% de los casos hay antecedente familiar de epilepsia y en el 40 a 50%, el antecedente de síndrome de West. El SLG fue descrito por Tissot en 1770 y en 1939 Gibbs y colaboradores, que describieron el patrón de punta onda lenta con frecuencia de 1.5 a 2.5 Hz. En 1960 Lennox y Davis identificaron la triada diagnóstica: retraso mental, crisis convulsivas de diferentes tipos de inicio temprano y el patrón electroencefalográfico descrito.²⁹

Las causas del SLG son criptogénicas (oculta, no aparente) en 20 a 30% de los casos y en el 70 a 80%, sintomáticas, por ejemplo: como secuela de una encefalopatía hipóxico isquémica, neuroinfecciones, enfermedad vascular cerebral, o formando parte de un síndrome neurocutáneo: Stuger Weber, complejo de esclerosis tuberosa, nevo epidérmico, incontinencia pigmenti, entre otros. Las malformaciones cerebrales aisladas o las que acompañan a los síndromes genéticos también pueden causar SLG: síndrome de Miller Fisher, síndrome de Aicardi, etc.

Se sospecha SLG en un paciente con crisis de diversos patrones, de difícil control y con recurrencias que pueden llegar hasta estados epilépticos de diferente tipo, entre los que predominan los estados de ausencia (Cuadro 1):

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico de síndrome de Lennox Gastaut

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico de Síndrome de Lennox Gastaut	
<i>Edad</i>	<i>2-7 años</i>
Tipo de crisis	Tónicas, ausencias atípicas, atónicas (al menos dos de estas)
Otros tipos de crisis	Tcg (tónico-clónicas generalizadas), parciales, mioclónicas
Eeg	Punta-onda lenta de 1.5-2.5hz (interictal)
Funciones mentales	Retraso mental, demencia
Etiología	La mayoría de los casos es sintomático
Pronóstico	Malo

1. Crisis tónicas: están presentes en 80 a 100% de los pacientes y con frecuencia ocurren durante el sueño; sin movimientos oculares rápidos. Suelen ser simétricas, de breve duración, en ocasiones precedidas de un grito y de elevación o flexión de los brazos y cabeza.
2. Ausencias atípicas: Ocurren en 60 a 75% de los pacientes. Son más duraderas y complejas que las crisis de ausencia típicas y se presentan con mioclonías, parpadeo y alteraciones del tono muscular. La historia de estados de ausencia es frecuente, pero poco reconocida y contribuye al deterioro de las funciones cognitivas que llegan a la demencia.
3. Atónicas: Existen por lo menos en una tercera parte de los pacientes. Se manifiestan por movimientos súbitos de flexión de la cabeza, del tronco o caídas súbitas que causan traumatismos recurrentes en el cráneo u otras partes del cuerpo. Son conocidas también como crisis tipo Salam o “drop attacks”. No tienen estado postictal.
4. Otros tipos de crisis: Se han descrito crisis parciales en 5% de los casos; crisis tónico-clónicas generalizadas en 15%; crisis mioclónicas en 11 a 28%, estados epilépticos en 60% de los pacientes y en 30 % se inician con estado epiléptico.

Los estudios neurosicológicos son muy valiosos para el diagnóstico; muestran un patrón característico de descargas generalizadas de punta-onda lenta con frecuencia de 1.5 Hz -2.5 Hz. El electroencefalograma y sus modalidades ayudan al neuropediatra a seleccionar los fármacos más adecuados, ya que permiten objetivar el fenómeno electroclínico. Entre los estudios más útiles están el video electroencefalograma, los registros electroencefalográficos durante el sueño, los registros prolongados y la telemetría.

V METODOLOGÍA

5.1 Método e Instrumentos utilizados

Para realizar este estudio de caso se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con la propuesta teórica de Virginia Henderson.

En octubre 2017 se inicia el estudio de caso en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, iniciando la búsqueda de paciente. Se elige el día 17 en el servicio de Pediatría 1 y 2, para lo cual se habla con los padres del niño y se les explica los objetivos del estudio de caso y toda la metodología que se llevará a cabo, dejando en claro las consideraciones éticas enfermería y los valores que se mantendrán como la autonomía, la no maleficencia y la beneficencia, y firmando la hoja de **consentimiento informado** (Anexo 1) otorgado por la coordinación.

El día 20 de Octubre se realiza el llenado del formato de la historia clínica de acuerdo al grupo de edad del paciente. Posteriormente el 23 y 24 de octubre, se realizan las valoraciones focalizadas y exhaustivas, utilizando el formato de **“Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años”** para obtener antecedentes familiares, demográficos y patológicos, y el formato de **“Reporte Diario”** empleando como método la entrevista, la observación y la exploración física (Anexo 2 y 3).

Se realiza la recolección de datos objetivos y subjetivos mediante las fuentes primarias que fue el paciente directamente y su cuidador, y fuentes secundarias como el expediente clínico, estudio de laboratorio y el personal de Salud.

Posteriormente se procedió a la jerarquización necesidades para poder elaborar un diagnóstico de enfermería y establecer un plan de cuidados especializados mediante el Proceso de Atención de Enfermería, a través de los seguimientos que se dieron en distintos momentos.

VI PRESENTACION DEL CASO

6.1 Descripción del caso

El presente estudio de caso corresponde a un preescolar masculino de 2 años 9 meses proveniente Zihuatanejo, Guerrero. Proviene de una familia nuclear, la cual está integrada por padre y madre. Madre de 44 años de edad, ama de casa, en unión libre con padre de A., escolaridad preparatoria completa, religión católica, originario de Zihuatanejo, niega toxicomanías, aparentemente sana. Padre de 44 años de edad, empleado público (servicio de limpia), unión libre, escolaridad bachillerato incompleto, originario de Zihuatanejo, refiere ingesta de alcohol en eventos sociales llegando a la embriaguez, tabaquismo ocasional, niega otras toxicomanía, aparentemente sano. La relación afectiva más relevante para acceder es con su mamá porque es con quien siempre el convive, ya que su padre trabaja la mayor parte del tiempo, Sin embargo la relación afectiva con el padre aparenta ser la misma que la madre durante el tiempo que puede estar con él. Es hijo único, deseado más no esperado ya que la madre de A. los médicos en Zihuatanejo le había dicho que no podía tener hijos. Apgar familiar con 10 puntos dando como resultado una familia altamente funcional.

Actualmente viven en la ciudad de México, en una zona urbana, la casa donde habitan es rentada, constituida de una pequeña habitación con paredes y techos de materiales perdurables, cuenta con todos los servicios de organización como: agua, luz, drenaje, baño. Ellos solo rentan una habitación ya que por la hospitalización de A. se turnan el padre y la madre para poder asistir al cuidado de las necesidades, sin embargo, la madre es quien pasa la mayor parte del tiempo en el hospital ya que el padre de A. constantemente tiene que regresar a Zihuatanejo a trabajar. No convive con animales ni hacinamiento. Los ingresos económicos los aporta únicamente el padre y son por \$2500 al mes. Los medios de transporte de su localidad son camiones, combis lo que facilita la llegada al hospital.

Nace el día 23 de Septiembre de 2014. Parto vía vaginal, presentando asfixia perinatal. Nació a las 38 semanas de gestación, pesando 3650 g y midiendo 52 cm, no recuerda perímetro cefálico, APGAR 3/NR, no llora ni respira al nacer, se mantiene en vigilancia durante tres días recibiendo oxígeno suplementario mediante casco cefálico y egresando 72 horas después de vida en binomio.

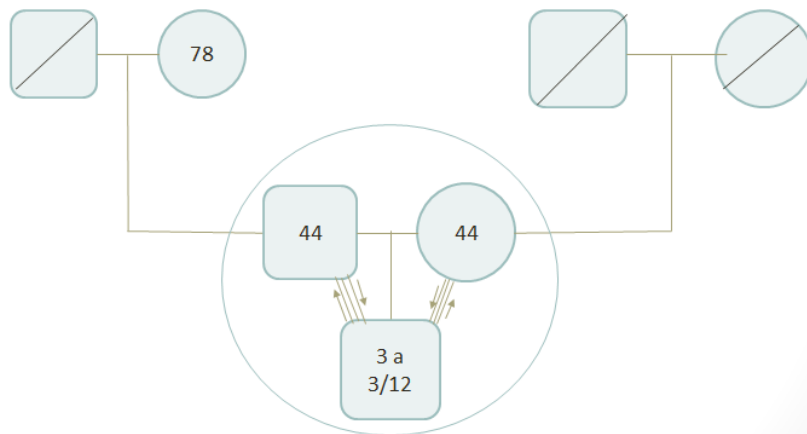
En mayo de 2015 inicia con crisis convulsivas a los ocho meses de edad, se diagnostica con retraso psicomotor en el Hospital General de Zihuatanejo. A los 18 meses de edad es diagnosticado con epilepsia en el Hospital General de Zihuatanejo, por lo cual actualmente se mantenía bajo tratamiento con Levetiracetam 28 mg/kg/día, Clobazam 0.2 mg/kg/día, Vigabatrina 168 mg/kg/día, Valproato de magnesio 67.5 mg/kg/día.

El 10 de octubre de 2016 se realiza una resonancia magnética la cual reporta lisencefalia, leucoencefalopatía periventricular bihemisférica e hidrocefalia, por lo cual comentan necesidad de válvula de derivación ventrículo peritoneal.

Presenta antecedente de tres internamientos previo por neumonía adquirida en la comunidad, la última con una duración del 3 de septiembre de 2017 al 25 de septiembre de 2017 en el Hospital General, la cual fue manejada con Cefalexina por el Dr. Rodríguez, sin embargo al presentar una alteración en la mecánica de deglución, es referido al Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

En el último internamiento inicia con tos de una semana de evolución disneizante, no cianozante ni hemetizante, con expectoración en accesos cortos acompañada de rinorrea hialina. Fiebre de dos días de evolución con picos máximos de 38.5°, que cede ante administración de paracetamol y medios físicos, acompañada de diaforesis, sin piloerección o escalofríos, y dificultad respiratoria de 24 horas de evolución caracterizado por retracción xifoidea, disociación toracoabdominal.

• MAPA FAMILIAR



Se realiza valoración exhaustiva el día 23 de octubre con los siguientes datos:

HABITUS EXTERNO

Paciente encamado, despierto, fenotípicamente masculino, con edad aparente igual a la cronológica, de constitución débil, simétrico en relación y proporción, ectomorfo, actitud forzada por condición física (hipotonía), en posición decúbito ventral, con estado aparente desnutrición, piel deshidratada, de tono uniforme, pálida, con fascies de indiferencia, sonda nasogástrica, movimientos anormales, marcha no valorable, se encuentra con pañal y cubierto con sábana hospitalaria.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Cabeza: erguida, firme, simétrica, ovalada, sin presencia de protuberancias, a la palpación hueso occipital aplanado, fontanelas y suturas cerradas. Perímetro cefálico 44 cm.

Cabello: de coloración y crecimiento uniforme, se palpa adecuada implantación capilar.

Cara: ovalada, con palidez, hidratada, se palpa suave y uniforme.

Ojos: cejas pequeñas, con el crecimiento hacia abajo con adecuada implantación, pestañas largas, abundantes con el crecimiento hacia abajo, con adecuada implantación, párpados con simetría al abrir y cerrar ojos, suaves y depresibles, sin presencia de protuberancias, conjuntiva rosada, conjuntiva bulbar transparente, córnea transparente, iris café oscuro, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz. Visión no valorable.

Orejas simétricas, íntegras, presencia de cerumen amarillo, abundante, membrana timpánica y de tono gris aperlada. Cartílago del hélix suave y flexible, ganglios preauriculares y pos auriculares ovoides. Audición no valorable.

Nariz: recta, permeable, con abundante presencia de mucosidad y microvellosidades. A la palpación íntegra, sin dolor ni presencia de protuberancias. Senos paranasales esfenoidal, etmoidal y maxilar desarrollados.

Boca: labios hidratados, de coloración rosada, delgados, simétricos al abrir y cerrar, frenillo medio inferior presente, encías de color rosa, hidratadas sin presencia de sangrado, 18 dientes presentes, temporales, carrillos de coloración rosa pálido, de textura suave sin presencia de protuberancias, encías persas y firmes, sin presencia de sangrado, lengua color rojo mate, brillante hidratada, con venas gruesas y presencia del frenillo medio, paladar duro en forma de cúpula, coloración rosácea, con presencia de arrugas transversas y textura uniforme, paladar blando de coloración rosada, úvula centrada, rosácea, amígdalas ubicadas detrás de la úvula, en forma de diamante, grado I.

Cuello; corto, cilíndrico, simetría bilateral, sin presencia de masas, tráquea centrada, movilidad íntegra, pulsos carotídeos palpables de adecuada frecuencia, ritmo e intensidad, ganglios linfáticos de forma ovoide, no doloroso a la palpación, faringe normocromía, sin alteración.

Tórax; Excavado, tiraje intercostal presente, respiración toracoabdominal, region mamaria sin alteraciones, movimientos de amplexión y amplexación asimétricos, vibraciones vocales aumentadas, 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 murmullo vesicular disminuido, en campos pulmonar basal y estertores crepitantes a nivel basal bilateral y medio derecho. Frecuencia respiratoria de 38 x', perímetro torácico de 51 cm.

Palidez de tegumentos, llenado capilar 2 ++, Sin edema, sin ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad pero alta frecuencia. Frecuencia cardiaca 128 x'.

Columna vertebral simétrica, compostura adecuada, alineada, sin deformidades ni actitudes viciosas, A la palpación no se detectan protuberancias ni masas de consistencia dura o blanda sobresalientes hundimientos, sin dolor al tacto.

Abdomen redondeado, prominente, con piel delgada, se observa respiración diafragmática, coloración uniforme, Sin cicatrices de cirugías, obliquo umbilicado, A la oscultación ruidos hidroaéreos de 4x', A la palpación no integra signo de retirada, no se palpa hepatovisceromegalia, abdomen con ligera distensión, depreciable, sin masas anormales, ganglios en region inguinal sin alteraciones, se percuten sonidos mate en cuadrante superior derecho en área hepática, timpánico en cuadrantes inferior izquierdo, cuadrante superior izquierdo y cuadrante inferior derecho. Perímetro abdominal de 44 cm.

Genitales masculinos: Pene de coloración uniforme, se observa un poco más oscuro que el resto del cuerpo, íntegro, meato urinario en posición central, presencia del prepucio, sin circuncisión, se palpa consistente, sin presencia de masas, al retraer el prepucio no se encuentra fimosis, testículos de coloración uniforme, íntegros, simétricos, descendidos, retráctiles, escroto

con piel rugosa, con un color ligeramente más oscuro el resto del cuerpo, ingle sin presencia de masas.

Miembros torácicos simétricos, íntegros, sin fuerza muscular aparente, de baja tonicidad en músculos, hombro; con elevación y descenso del brazo, se observan movimientos de aducción, abducción y rotación, codo; observando flexión y extensión del antebrazo, supinación y pronación, muñeca; con flexión y extensión de la mano, desviación del radial y cubital. Motricidad fina y gruesa alterada, A la palpación pulso axilar, braquial, cubital, radial de buen ritmo, tono, intensidad y frecuencia, falanges sin atrofia, ni inflamación. A la percusión reflejo tricipital, bicipital, braquioradial 1+, sin alteraciones.

Miembros pélvicos simétricos, decoloración uniforme, uñas limpias, integradas, sin cicatrices, de baja fuerza y tonicidad muscular, cadera; flexión extensión, abducción aducción del muslo y rotación, presentes, rodilla; realizar flexión y extensión de la pierna sobre el muslo, tobillo; realiza flexión plantar y dorsiflexión del pie, inversión y eversión, bien; realiza flexión y extensión de los dedos, abrirlos y juntarlos. Motor grueso; no Valorable. A la palpación pulso femoral, poplíteo, pedio, tibial posterior, de buen ritmo, tono, intensidad y frecuencia, Ausencia de sensibilidad dolorosa, no se palpan masas. A la percusión normorreflexia, reflejo rotuliano y reflejo aquileo sin alteraciones, 1+.

VII APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración y Jerarquización de las Necesidades Focalizadas

DEPENDIENTES

1.- Movilidad y Postura

Durante la entrevista la madre nos menciona que A. nunca ha caminado, que desde que nació ha estado con rigidez en los miembros inferiores y superiores; que tampoco sostiene su cabeza, no se sienta y tampoco puede girarse por sí solo, pero que hace un año lo metió una escuela especial donde le han dado terapias y actualmente ya se deja cargar, sostiene un poco su cabeza y adoptar posiciones que le gustan como cruzar sus piernas, y girarse de un lado a otro en la cama. También refiere que ella le hace masajes que le han enseñado para que no se contracture, sin embargo nos dice que cree que necesita saber más para poder ayudar a su hijo, Denver: 4 meses de edad y Glasgow: 11 puntos.

Desarrollo psicomotor: a los 2 años fijo la mirada, misma edad en la que sigue objetos. Sostén cefálico a los 18 meses, sonrisa social a los 12 meses, balbucea desde hace 6 meses.

Actualmente no camina, no se sienta por sí solo, tampoco tiene un completo sostén cefálico. Al dormir, le gusta cruzar las piernas y quedar posición decúbito supino.

POSTURA: A la inspección se observa una buena postura, valorando la curvatura de la columna cervical lineal.

MIEMBROS TORÁCICOS simétricos, íntegros, sin fuerza muscular aparente, de baja tonicidad en músculos, hombro; con elevación y descenso del brazo, se observan movimientos de aducción, abducción y rotación, codo; observando flexión y extensión del antebrazo, supinación y pronación,

muñeca; con flexión y extensión de la mano, desviación del radial y cubital. Motricidad fina y gruesa alterada, A la palpación pulso axilar, braquial, cubital, radial de buen ritmo, tono, intensidad y frecuencia, falanges sin atrofia, ni inflamación. A la percusión reflejo tricipital, bicipital, braquioradial 1+, sin alteraciones.

MIEMBROS PÉLVICOS simétricos, decoloración uniforme, uñas limpias, integradas, sin cicatrices, de baja fuerza y tonicidad muscular, cadera; flexión extensión, abducción aducción del muslo y rotación, presentes, rodilla; realizar flexión y extensión de la pierna sobre el muslo, tobillo; realiza flexión plantar y dorsiflexión del pie, inversión y eversión, bien; realiza flexión y extensión de los dedos, abrirlos y juntarlos. Motor grueso; no Valorable. A la palpación pulso femoral, poplíteo, pedio, tibial posterior, de buen ritmo, tono, intensidad y frecuencia, Ausencia de sensibilidad dolorosa, no se palpan masas. A la percusión normorreflexia, reflejo rotuliano y reflejo aquileo sin alteraciones, 1+.

2.- Oxigenación

Durante la entrevista la madre de A. menciona que al nacer tuvo dificultades respiratorias ya que no respiro ni lloro al nacer, y los médicos le dijeron que había tenido asfixia perinatal, APGAR 3/NR, SILVERMAN, por lo que estuvo bajo vigilancia 3 días con aporte de oxígeno mediante casco cefálico egresando 72 hrs después. El 10 de Octubre de 2016 ingresa al Hospital General de Zihuatanejo por neumonía adquirida en la comunidad, la cual tratan con Cefalexina.

El 27 de Septiembre de 2017 A. ingresa al Hospital Infantil de México a causa de una neumonía nosocomial, lo que provoco la desnutrición y la dificultad para comer por la boca, según refiere la mamá. Actualmente se encuentra con aporte de oxígeno a 2 ltrs x´ por puntas nasales, sin embargo menciona que antes usaba mascarilla. También comenta que ya se intentó

destetar pero satura a menos de 85% sin aporte de oxígeno. Cuenta con la cartilla de vacunación completa. En el hogar no se expone a contaminación ni humo de cigarrillos, la habitación donde duerme es templada, no hay ventanas en la habitación donde duerme. Zoonosis negativo.

Nariz: recta, permeable, con abundante presencia de mucosidad y microvellosidades. A la palpación íntegra, sin dolor ni presencia de protuberancias. Senos paranasales esfenoidal, etmoidal y maxilar desarrollados.

Boca: labios hidratados, de coloración rosada, delgados, simétricos al abrir y cerrar, frenillo medio inferior presente, encías de color rosa, hidratadas sin presencia de sangrado, 18 dientes presentes, temporales, carrillos de coloración rosa pálido, de textura suave sin presencia de protuberancias, encías firmes y firmes, sin presencia de sangrado, lengua color rojo mate, brillante hidratada, con venas gruesas y presencia del frenillo medio, paladar duro en forma de cúpula, coloración rosácea, con presencia de arrugas transversas y textura uniforme, paladar blando de coloración rosada, úvula centrada, rosácea, amígdalas ubicadas detrás de la úvula, en forma de diamante, grado I.

Cuello; corto, cilíndrico, simetría bilateral, sin presencia de masas, tráquea centrada, movilidad íntegra, pulsos carotídeos palpables de adecuada frecuencia, ritmo e intensidad, ganglios linfáticos de forma ovoide, no doloroso a la palpación, faringe normocromía, sin alteración.

Tórax; Excavado, tiraje intercostal presente, respiración toracoabdominal, región mamaria sin alteraciones, movimientos de amplexión y amplexación asimétricos, vibraciones vocales aumentadas, 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 murmullo vesicular disminuido, en campos pulmonar basal y estertores crepitantes a nivel basal bilateral y medio derecho. Frecuencia respiratoria de 38 x', perímetro torácico de 51 cm.

Piel: Palidez de tegumentos, llenado capilar 2 ++, Sin edema, sin ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad pero alta frecuencia. Frecuencia cardiaca 128 x'.

- **BH Hb:** 11 g/dl Hto: 33.1 % Plaq. 457.00 /Ul

- **Gasometría arterial:** PH: 7.4 PCO2: 29.5 PO2: 104 HCO3: 17.8

-**Perímetro Torácico:** 48 cm.

3.- Nutrición e Hidratación

Durante la entrevista la madre menciona que A. fue alimentado por seno materno a libre demanda hasta los seis meses, después comenzó con la alimentación complementaria iniciando por frutas, verduras y después carnes. Hasta hace 6 meses era alimentado con biberón y en ocasiones popote, fórmula una vez al día por lo regular en la mañana, ocho onzas, y en el resto del día papillas de frutas, verduras y carnes, principalmente pollo con verduras o frijoles con tortilla, comía con ayuda de la mamá, también menciona que hacía algunos gestos de disgusto cuando le daban durazno. Niega alergias alimentarias. También menciona que recientemente se le informó que sus problemas de neumonía son provocados por las secreciones abundantes y que debido a este problema y a un posible reflujo de la cavidad gástrica al esófago, será alimentado por una sonda nasogástrica, sin embargo, le explican que es temporal ya probablemente requiera un estoma de alimentación llamado Gastrostomía.

Se le interroga al cuidar primario del plato del bien comer, el cual desconoce y se le explican los grupos alimenticios.

Respecto a los líquidos que ingiere por lo regular son jugos y licuados.

Peso: 8.9 kg. **Talla:** 94 cm.

Perímetro Abdominal: 44 cm.

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

Magnesio: 1.6mom/L

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

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

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

BOCA: : labios hidratados, de coloración rosada, delgados, simétricos al abrir y cerrar, frenillo medio inferior presente, encías de color rosa, hidratadas sin presencia de sangrado, 18 dientes presentes, temporales, carrillos de coloración rosa pálido, de textura suave sin presencia de protuberancias, encías persas y firmes, sin presencia de sangrado, lengua color rojo mate, brillante hidratada, con venas gruesas y presencia del frenillo medio, paladar duro en forma de cúpula, coloración rosácea, con presencia de arrugas transversas y textura uniforme, paladar blando de coloración rosada, úvula centrada, rosácea, amígdalas ubicadas detrás de la úvula, en forma de diamante, grado I.

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

ABDOMEN: Abdomen redondeado, prominente, con piel delgada, se observa respiración diafragmática, coloración uniforme, Sin cicatrices de cirugías, ombligo umbilicado, A la oscultación ruidos hidroaéreos de 4x', A la palpación no integra signo de retirada, no se palpa hepatovisceromegalia, abdomen con ligera distensión, depreciable, sin masas anormales, ganglios en region inguinal sin alteraciones, se percuten sonidos mate en cuadrante superior derecho en área hepática, timpánico en cuadrantes inferior

izquierdo, cuadrante superior izquierdo y cuadrante inferior derecho.
Perímetro abdominal de 44 cm.

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

4.- Eliminación

Durante la entrevista la madre de A. menciona que actualmente orina y evacúa en pañal, usando de 6:00 a 10:00 pañales al día, de los cuales uno es de evacuación que menciona ser de consistencia pastosa y café, sin sangre aparentemente, también manifiesta que éstas no tienen un olor característico sin embargo en ocasiones llega ser fétida, también nota que empuja a las ser las deposiciones. Actualmente refiere que no hecho deposiciones en 12 horas y que ella lo considera normal porque pueden pasar hasta 2 sin que el haga “popo” hasta que le da la lactulosa o leche de magnesio. Respecto a la orina, se ha mantenido constante y no hay olor cacterístico, color Ámbar. En cuanto a la sudoración menciona que no es muy característico ya que solo suda si lo tapan mucho cuando tiene fiebre.

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

Escala de Bristol: Tipo 2 (estreñimiento leve) **Gasto urinario:** 1500 ml / 24 hrs.

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

EGO: Densidad Urinaria 1010 y pH 7

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

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

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

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

GENITALES: Pene de coloración uniforme, se observa un poco más oscuro que el resto del cuerpo, íntegro, meato urinario en posición central, presencia del prepucio, sin circuncisión, se palpa consistente, sin presencia de masas, al retraer el prepucio no se encuentra fimosis, testículos de coloración uniforme, íntegros, simétricos, descendidos, retráctiles, escroto con piel rugosa, con un color ligeramente más oscuro el resto del cuerpo, ingle sin presencia de masas.

5.- Higiene corporal y Piel

Durante la entrevista menciona que no tiene la fuerza muscular para moverse, por lo que no puede realizar actividades de higiene por sí mismo como bañarse, cepillarse los dientes, lavarse las manos, etc. Sin embargo menciona que ella realiza todas las actividades diariamente, como es el baño, cepillarse los dientes dos veces al día, lavar las manos antes de cada comida y cuando sea necesario. También refiere que le cambia la ropa todos los días aunque no lo bañe. Realiza corte de uñas cada semana

PIEL: Mediante la inspección se observa limpia y humectada.

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

NARIZ: recta, permeable, con abundante presencia de mucosidad y microvellosidades. A la palpación íntegra, sin dolor ni presencia de protuberancias. Senos paranasales esfenoidal, etmoidal y maxilar desarrollados.

BOCA: labios hidratados, de coloración rosada, delgados, simétricos al abrir y cerrar, frenillo medio inferior presente, encías de color rosa, hidratadas sin presencia de sangrado, 18 dientes presentes, temporales, carrillos de coloración rosa pálido, de textura suave sin presencia de protuberancias,

enciás persas y firmes, sin presencia de sangrado, lengua color rojo mate, brillante hidratada, con venas gruesas y presencia del frenillo medio, paladar duro en forma de cúpula, coloración rosácea, con presencia de arrugas transversas y textura uniforme, paladar blando de coloración rosada, úvula centrada, rosácea, amígdalas ubicadas detrás de la úvula, en forma de diamante, grado I.

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

GENITALES MASCULINOS: Pene de coloración uniforme, se observa un poco más oscuro que el resto del cuerpo, íntegro, meato urinario en posición central, presencia del prepucio, sin circuncisión, se palpa consistente, sin presencia de masas, al retraer el prepucio no se encuentra fimosis, testículos de coloración uniforme, íntegros, simétricos, descendidos, retráctiles, escroto con piel rugosa, con un color ligeramente más oscuro el resto del cuerpo, ingle sin presencia de masas.

6.- Vestir y desvestir

Durante la entrevista la madre menciona que ella decide cómo vestirlo ya que el niño no puede tomar decisiones sobre sí mismo, también menciona que lo viste por lo regular con ropa fresca y de algodón ya que viven en zona costera y el clima es muy caliente, sin embargo, desde que llegaron al hospital solo le pone pañal y lo cubre con sábana ya que ha presentado picos febriles. La mamá menciona que de vez en cuando le coloca una bata si ella cree que el clima es frío. Actualmente es vestido con ropa para la edad y para el frío, ya que en donde rentan hay muchas corrientes de aire.

Se le interroga a la madre sobre la higiene de la ropa y menciona que lava la ropa del niño sin juntarla con la de ellos, la lava con jabón, “suavitel” y agua la cual la obtiene de la llave, la pone a secar al aire ambiente.

Mediante la inspección se observa que viste solo pañal desechable y al bajar la temperatura solo lo cubren con sabana.

7.- Comunicación

La mamá refiere que ella cree que si escucha, ya que aparenta poner atención cuando su papá le habla, cuando le habla y se esconde trata de buscarlo con la mirada para encontrarlo. La mamá también menciona que no puede hablar, sin embargo, lo ha llevado a una escuela especial que le ayudado a poder decir “ma” y “pa”, aunque por las constantes hospitalizaciones ha perdido la secuencia y con eso el habla de nuevo. También menciona que si percibe los sabores ya que hace gestos cuando le dan comida que no le gusta como por ejemplo durazno. Menciona que percibe los olores porque hace gestos cuando no le gusta algo como el pescado. Sin embargo nada de esto se ha podido comprobar con estudios.

TACTO: A la inspección se observa piel hidratada, adecuada turgencia, se valora sensibilidad con objetos fríos y calientes observando que logra hacer un gesto al percibirlos.

Ojos: cejas pequeñas, con el crecimiento hacia abajo con adecuada implantación, pestañas largas, abundantes con el crecimiento hacia abajo, con adecuada implantación, párpados con simetría al abrir y cerrar ojos, suaves y depresibles, sin presencia de protuberancias, conjuntiva rosada, conjuntiva bulbar transparente, córnea transparente, iris café oscuro, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz.

VISTA: Sigue objetos sin mover la cabeza, con un campo visual de 90°, reflejos pupilares presentes.

Orejas simétricas, íntegras, presencia de cerumen amarillo, abundante, membrana timpánica y de tono gris aperlada. Cartílago del hélix suave y flexible, ganglios preauriculares y pos auriculares ovoides. Audición no valorable.

Nariz: recta, permeable, con abundante presencia de mucosidad y microvellosidades. A la palpación integra, sin dolor ni presencia de protuberancias. Senos paranasales esfenoidal, etmoidal y maxilar desarrollados.

OLFATO: Nariz con tabique nasal integro, lineal, fosas nasales permeables con presencia de fluido nasal, con una torunda de alcohol se valora el olfato, donde el preescolar logra hacer gestos al percibir el olor del alcohol

Boca: labios hidratados, de coloración rosada, delgados, simétricos al abrir y cerrar, frenillo medio inferior presente, encías de color rosa, hidratadas sin presencia de sangrado, 18 dientes presentes, temporales, carrillos de coloración rosa pálido, de textura suave sin presencia de protuberancias, encías persas y firmes, sin presencia de sangrado, lengua color rojo mate, brillante hidratada, con venas gruesas y presencia del frenillo medio, paladar duro en forma de cúpula, coloración rosácea, con presencia de arrugas transversas y textura uniforme, paladar blando de coloración rosada, úvula centrada, rosácea, amígdalas ubicadas detrás de la úvula, en forma de diamante, grado I.

GUSTO: Al proporcionar algún alimento que la mama menciona no gustarle al niño, este realiza gestos de desagrado.

8.- Recreación

Durante la entrevista la madre refiere que su hijo responde al ruido la luz y a los estímulos del medio, y que cuando ella le canta en la voltea a ver tiene una canción preferida es la de mi dulce angelito, que menciona y mientras le canta le gusta arrullarlo.

También menciona que le gusta mucho la sonajas juguetes que hacen ruidos, llamativos. Ella juega con su hijo ya que lo considero importante para su apego y desarrollo.

9.- Termorregulación

La madre menciona que viven en una región caliente, la playa, pero que su hogar es fresco, aunque en temporadas altas de calor a veces es insostenible, por lo que le gusta vestir al preescolar con ropa ligera, de algodón para que no sude tanto. También menciona que ella reconoce cuando el niño le va a dar fiebre, la comprueba con termómetro digital y menciona que la única forma de controlar su temperatura es dándole nimesulida y bañándolo con agua de tibia a fría. Refiere que actualmente ha presentado picos febriles de hasta 38.1 por lo que lo tiene sin ropa, y que cuando lo siente frío solo cubre con una sábana. El médico le ha mencionado que las fiebres son a consecuencia de las recurrentes infecciones que padece.

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

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

Temperatura axilar: 36°C

10.- Evitar peligros

Durante la entrevista la madre nos las medidas de seguridad y cree que en el lugar donde habitan no existen riesgos ambientales, sin embargo, sabe que en el hospital está propenso a cualquier contagio. Refiere que no ha tenido ninguna enfermedad en la piel, que no le ha dado varicela ni sarampión, y que tampoco ha presentado algún programa de salpullido o alergia. Presenta esquema completo de vacunación de acuerdo a la edad, a excepción de

influenza, por no estar disponible por temporada. La mamá menciona que la casa cuenta con todos los servicios, reconoce cuando el niño tiene dolor o alguna molestia. La mamá refiere estar preocupada por la condición actual de su hijo, y le da miedo que siga en el hospital y se contagien alguna otra cosa. Por último menciona que no camina ni hablar, por lo que tiene que estar pendiente de él todo el tiempo que quisiera que ya le quitan la sonda porque ya le grito en las mejillas, ya que desde hace un mes la tiene. Por otra parte la mamá menciona que pasa las 24 horas del día cuidando al preescolar, lo que le ha provocado bajar de peso, en ocasiones dolores de estómago por mal pasarse en las comidas y cuando el niño tiene picos febriles, las pocas horas de sueño que le provoca un cansancio continuo. Cuenta con la cartilla de vacunación completa, la cual no la muestra en físico. La piel la cuida colocándose crema humectante en todo el cuerpo después del baño. La madre refiere solo haber consultado a médicos sobre la salud de su hijo. Para su madre es muy importante participar en los cuidados de su hijo y lo hace en casa observando signos de alarma (cianosis, fatiga, distres respiratorio, taquicardia, etc.) y administrando los medicamentos en tiempo y forma. Respecto a los factores sociológicos, se considera que la cultura y la religión no ponen en riesgo la seguridad del preescolar.

- **PIEL Y ANEXOS:** Mediante la inspección se observa palidez generalizada. Se palpan amígdalas, las cuales no se encuentran inflamadas. La temperatura de la piel es tibia, se comprueba con la toma de temperatura axilar que oscila en 36°C, su textura es suave, blanda, lisa, respecto a la turgencia hay una adecuada resistencia y así mismo se valora la elasticidad, ya que al realizar el pliegue desaparece a los 2 seg.

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

Escala de EVA: 0 PUNTOS **BRADEN:** 26 PUNTOS **GLASGOW:** 11 PUNTOS

Medicamentos con los que fue dado de alta

Levetiracetam	5 ml c/12 hrs.	VO
Topiromato	32.5 mg c/12 hrs.	VO
Valproato de Magnesio	5.5 ml c/8 hrs.	VO
Clobazam	2.5 mg c/12 hrs.	VO
Loperamida	2 mg c/8 hrs.	VO

11.- Realización

Se trata de familia mononuclear compuesta por padres en unión libre, padre de 44 años de edad, empleado, con estudios de secundaria, madre de 44 años, ama de casa, con estudios de primaria, hijo único, escolaridad en escuela especial durante seis meses, originarios de ziguatanejo, Guerrero. Actualmente viviendo en la ciudad de México por hospitalización de acción, religión católica.

La relación entre Axel y sus papás es excelente, tienen lazos fuertes, sin embargo la mamá comenta que con quién juega más y se lleva mejor es con el papá, no es Apegado a los abuelos ni al resto de la familia, Axel es muy querido y con sentido de que fue un embarazo muy deseado pero no planeado, de alto riesgo.

Apgar familiar: 10 puntos

Mediante la inspección se observa que los padres están al pendiente del niño, lo ayudan a realizar todas las actividades que él no puede realizar por sí mismo, se muestran amorosos y unidos.

12.- Descanso y sueño

Duerme por la noche entre 9 y 10 horas aproximadamente, con una siesta durante el día de 30 min a 1 hr entre las 12:00 y 13:00 del día. Para poder dormir necesita tener ropa fresca por el clima que hay en donde viven, ya

que suda mucho cuando duerme “como si se bañara”, que le “echen aire” y lo apapachen para poder dormir. Muy rara vez despierta por la noche y que esporádicamente despierta sobresaltado como si tuviera pesadillas.

Sueño afectado desde que llegaron al hospital, por el ruido que hay y los constantes procedimientos que se le realizan; por lo cual la madre siente que está irritable y que nota que ahora duerme menos tiempo.

➤ **Escala de Glasgow:** 11 puntos.

Mediante la inspección se observan presencia de ojeras, se encuentra activo, presenta durante la valoración un bostezo. Presencia del reflejo pupilar.

13.- Necesidad de aprendizaje

Mediante la inspección y palpación se valoran los pares craneales:

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

II OPTICO: NO SE VALORA

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

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

V TRIGEMINO: No se valora

VI ABDUCTOR: Se valoró mostrando al preescolar la lámpara para que pidiera seguirla sin mover la cabeza, lo cual se obtuvo un adecuado movimiento del globo ocular.

VII FACIAL: Al sonreír se observa simetría en ambos lados de la cara

VIII AUDITIVO: No se valora, sin embargo, al percibir un ruido fuerte, el preescolar gira la cabeza buscando de donde proviene el ruido

IX GLOSOFARINGEO: No se valora

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

XI ESPINAL: No se valora

XII HIPOGLOSO: No se valora

INDEPENDIENTES

14.- Creencias y valores

La madre de Axel religión es católica pero que no pertenece a ningún grupo de la iglesia, sin embargo asiste de vez en cuando alguna misa por la madre menciona que ella cree mucho en Dios porque le mando Axel cuando los médicos Ya le habían dicho que no podía tener hijos; también dice que no está molesta con Dios por la enfermedad de Axel, sin embargo, le pide mucho para que le deje estar con Axel otros años más. Refiere que le gusta tener un santo a lado de Axel para que siempre esté protegido. Por otra parte, se le han inculcado ciertos valores, amor, respeto, tolerancia y solidaridad, valores que los padres llevan a cabo.

7.2 Proceso Diagnóstico

Después analizar los datos objetivos y subjetivos identificadas las necesidades en dependencia e independencia, las Fuentes de la dificultad, para realizar la elaboración de los diagnósticos de enfermería reales.

Posteriormente se jerarquizaron de mayor a menor prioridad, considerando las necesidades en dependencia de acuerdo al concepto de Virginia Henderson, en cuanto a las capacidades del individuo para realizar por sí mismos las actividades que le permitan cubrir sus necesidades.

De la misma forma se identificaron las fuentes de dificultad para cada necesidad así como el rol de enfermería para satisfacer estas necesidades.

Fecha de Identificación	Necesidad	Diagnóstico de Enfermería	Nivel de		Fuente de la Dificultad	Rol de Enfermería
			Dependencia	Independencia		
23/10/2017	MOVIMIENTO Y POSTURA	Riesgo de síndrome de desuso r/c limitación en la movilidad de las extremidades superiores e inferiores.		2	Fuerza	Suplencia
24/10/2017		Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c falta de fuerza muscular m/p dificultad para realizar las habilidades propias de su grupo de edad, incapacidad para realizar las actividades de autocontrol apropiadas para su edad.	6		Fuerza	Suplencia

06/03/2018		Dependencia en la movilidad y postura r/c falta de fuerza muscular m/p incapacidad para realizar las actividades del desarrollo, dificultad para sostener la cabeza, bajo tono muscular, rigidez en extremidades, hipotonía	6		Fuerza	Ayuda
23/10/2017	OXIGENACION	Dependencia en la necesidad de oxigenación r/c falta de fuerza para expectorar secreciones m/p secreciones abundantes en cavidad oral, frémito táctil aumentado, estertores crepitantes bibasales.	5		Fuerza	Ayuda
23/10/2017		Disminución del gasto cardiaco r/c cambios en el ritmo cardíaco m/p agitación y ansiedad.	5		Fuerza	Ayuda
23/10/2017	COMER Y BEBER ADECUADAMENTE	Alteración en la necesidad de alimentación r/c falta de fuerza para ingerir alimentos m/p bajo tono muscular, palidez de mucosas, peso corporal inferior en un 20% más al peso ideal.	6		Fuerza	Suplencia

23/10/2018		Independencia en la Hidratación r/c equilibrio hídrico.		1	Fuerza	Acompañamiento
24/10/2017	ELIMINACION	Riesgo de estreñimiento r/c ingesta insuficiente de fibras y actividad física insuficiente.		2	Fuerza	Ayuda
24/10/2017		Riesgo de alteración en la eliminación por pérdidas insensibles r/c picos febriles de hasta 38°.		2	Fuerza	Ayuda
06/03/2018		Alteración en la eliminación fecal R/C ingesta insuficiente de fibra y postración en cama M/P estreñimientos constantes	6		Fuerza	Suplencia
23/10/2017 06/03/2018	HIGIENE Y PIEL	Alteración en la necesidad de higiene r/c falta de fuerza muscular m/p incapacidad para realizar actividades de higiene por sí solo.	6		Fuerza	Suplencia
23/10/2017 06/03/2018	VESTIR Y DESVESTIR ADECUADAMENTE	Dependencia de la necesidad de vestir y desvestir r/c falta de fuerza m/p incapacidad para ponerse o quitarse prendas de vestir necesarias.	6		Fuerza	Suplencia

24/10/2017 06/03/2018	COMUNICACIÓN	Dependencia crónica permanente de la comunicación verbal R/C daño neurológico M/P no poder hablar e incapacidad para comunicarse	6		Fuerza	Ayuda
24/10/2017	RECREACIÓN	Dependencia de la necesidad de recreación r/c falta de conocimiento del cuidador sobre estimulación y recreación m/p no realizar actividades para entretenerlo y no sostener los juguetes por el mismo.	6		Fuerza	Ayuda
06/03/2018		Dependencia en la necesidad de recreación R/C falta de conocimiento del cuidador sobre estimulación y recreación M/P no realizar actividades para entretenerlo.	6		Fuerza	Ayuda
24/10/2017	TERMOREGULACIÓN	Desequilibrio de la temperatura corporal r/c inactividad, ropa inadecuada para la temperatura ambiente m/p variaciones en la temperatura corporal, palidez y piel fría.	6		Fuerza	Suplencia
06/03/2018		Desequilibrio de la temperatura corporal R/C temperatura ambiental fluctuante y probable enfermedad actual M/P piloerección, palidez, piel fría y	5		Fuerza	Suplencia

		temperaturas desde 35° a 38.1°				
23/10/2017	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	Lesión en piel r/c fijación de sonda nasogástrica m/p enrojecimiento en zona circundante a sujeción.	4		Fuerza	Ayuda
23/10/2017		Potencial infección r/c desnutrición y patología actual que lo predispone a infecciones m/p defensas primarias inadecuadas, rotura de la piel, procedimientos invasivos.	5		Fuerza	Suplencia
23/10/2017		Riesgo de caídas r/c escala de riesgo de caídas alta (9 puntos)		2	Fuerza	Suplencia
23/10/2017		Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c escala Braden de alto riesgo (18 puntos)		2	Fuerza	Suplencia
06/03/2018		Protección ineficaz R/C cambios en la primera barrera de protección M/P lesión en piel por fijación de sonda nasogástrica	5		Fuerza	Suplencia
24/10/2017	REALIZACIÓN	Alteración en la necesidad de realización r/c cambios de la dinámica familiar m/p el familiar muestra una conducta protectora desproporcionada a las necesidades del paciente.	5		Fuerza	Ayuda
		Alteración en la necesidad de	5		Fuerza	Ayuda

06/03/2018		realización R/C cambios en la dinámica familiar M/P el familiar muestra una conducta protectora desproporcionada a las necesidades del niño				
23/10/2017	DESCANSO Y SUEÑO	Dependencia de la necesidad del sueño r/c estímulos ambientales nocivos y falta de control ambiental m/p inquietud e irritabilidad.	4		Fuerza	Ayuda
23/10/2017		Dependencia en la necesidad de descanso y sueño R/C cambios en el ambiente M/P apariencia de cansancio, ojeras, enrojecimiento de la esclerótica, inquietud, irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño.	4		Fuerza	Ayuda
06/03/2018			4		Fuerza	Ayuda
24/10/2017	APRENDIZAJE	Alteración en la necesidad de aprendizaje r/c falta de fuerza m/p no realizar torres de cubos ni pinzar objetos pequeños y Escala Denver de 4 meses de edad realizando vueltas sobre sí mismo, coger sonadero, mirar racimo, y sonreír espontáneamente.	5		Fuerza	Ayuda
24/10/2017	CREENCIAS Y VALORES	Disposición para mejorar la necesidad de		1	Fuerza	Acompañamiento

06/03/2018		<p>creencias m/p mantener la fe en Dios, prácticas religiosas.</p> <p>Conductas generadoras de salud para mantener la necesidad de valores r/c valores inculcados en casa y fuera de ella.</p> <p>Independencia en la necesidad de creencias y valore familiares R/C mantener la fe en Dios, prácticas religiosas, valores inculcados en casa y fuera de ella.</p>		1		
------------	--	--	--	---	--	--

7.3 Planeación de intervenciones especializadas

Para iniciar la etapa de planeación se identificaron y priorizaron las necesidades insatisfechas en cuanto al grado de dependencia (permanente o crónica si va de meses a años o transitoria si va de días a semanas) o independencia, y tipo de prioridad (alta, mediana y baja). Se tomó en cuenta el diagnóstico más importante para realizar un plan por cada necesidad, sin embargo, la necesidad de Aprendizaje se incluyó en la mayoría de las necesidades ya que al ser un paciente crónico, el cuidado dependía del familiar al egresar del hospital, por lo que se enseñaron diferentes técnicas de procedimientos y otras solo se reforzó la información.

Se formularon objetivos de cuidado derivados del diagnóstico, con los componentes sujetos, verbo, condición, criterio y momento, proponiendo un tiempo para el resultado utilizando la clasificación de Benavent que fue a corto, mediano y largo plazo.

Las intervenciones fueron de tipo independiente, dependiente e interdependiente y se tomaron en cuenta intervenciones de la “Clasificación de Intervenciones de

Enfermería (NIC) 2015 2017” como guía para realizarlas. Todas las intervenciones tuvieron un fundamento científico y fuente bibliográfica.

Para la documentación y registro se plasmaron los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones registrando fecha, verbo, área de contenido, tiempo y la firma, para esto se ocupó un formato que contiene nombre, sexo, edad, servicio, mastico médico, número de registro, datos objetivos y subjetivos, diagnóstico de enfermería, fecha de identificación, nivel grado de dependencia, tipo de prioridad, rol de enfermería y objetivo, en un cuadro donde se colocaron las intervenciones con sus acciones de forma descriptiva.



PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: Movimiento / Postura y Aprendizaje

Nombre: H. T. A. M **Sexo:** Masculino **Edad:** 3 año 9 meses **Servicio:**
 Pediatría 1 y 2

Diagnóstico médico: Síndrome de Lennox Gastaut **Cédula:** 844390



Diagnóstico de enfermería: Dependencia en la movilidad y postura r/c falta de fuerza muscular m/p incapacidad para realizar las actividades del desarrollo, bajo tono muscular, rigidez, hipotonía.

Nivel y grado dependencia: 6 Crónica total **Tipo de Prioridad:** Alta

Fecha de identificación: 06/03/2018 **Rol de enfermería:** Suplencia

Objetivo: El preescolar mantendrá el movimiento y una buena postura a través de la terapia de rehabilitación todo el tiempo que sea necesario.

INTERVENCIÓN: 1.- La enfermera realizara la valoración de la necesidad de movimiento y postura diariamente en el hospital y cada mes en casa. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: a) Entrevista: b) Observar: - La alineación corporal, la postura y la movilidad. - Manifestaciones de independencia: Alineación correcta Tolerancia a la actividad. Movilidad articular. - Manifestaciones de dependencia: Inmovilidad física Intolerancia a la actividad Limitación de la amplitud de movimientos. Reducción de la habilidad motora	La movilidad es vital para la autonomía, solemos definir nuestra salud y forma física por nuestra actividad ya que el bienestar mental y la eficacia del funcionamiento corporal dependen en gran medida de nuestro estado de movilidad. Todos los sistemas del cuerpo funcionan mejor cuando están activos, el desuso del sistema neuromuscular causa rápidamente degeneración y pérdida funcional. La fuerza y el tono de los músculos inmovilizados pueden disminuir en un 5% diariamente cuando no hay contracción. El restablecimiento de la fuerza y el tono muscular es un proceso lento de meses o años. (Kozier, 1998)

<p>INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera realizará cambios de posición cada dos horas y alineación corporal correcta durante su estancia hospitalaria y el cuidador primario en casa (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Animar al paciente a participar en los cambios de posición, mostrándole cómo hacerlo y facilitando los giros. b) Colocar en posición de alineación corporal correcta. <p>1.-Fowler : Paciente sentado en cama con elevación de la cabecera a 45° y ligera flexión de extremidades inferiores</p>  <p>2.- Semifowler : Paciente sentado en cama con elevación de la cabecera a 30° y ligera flexión de extremidades inferiores</p>  <p>3.-Decúbito Dorsal o Supina: Paciente acostado sobre su región posterior, extremidades superiores a los lados del cuerpo y las inferiores ligeramente flexionadas.</p>	<p>La movilización frecuente y de una posición correcta previene lesiones neuromusculo esqueléticas y formación de úlceras por presión.</p> <p>El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular, problemas cardiocirculatorios, estreñimiento, alteraciones relativas al descanso y sueño, complicaciones tromboticas, infecciones hipostáticas en pulmones o vías urinarias y úlceras por presión.</p> <p>La alineación corporal es determinante en toda la actividad funcional tanto del personal de salud como del paciente a su cuidado, para evitar lesiones neuromusculo esquelética. Conforme a la alineación corporal y a los objetivos que se persiguen, es necesario diferenciarlos términos postura y posición. La postura es la alineación corporal que se adopta espontáneamente en forma correcta o incorrecta; la posición en la alineación de segmento orgánicos que se adecua intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o terapéuticos.</p> <p>La columna vertebral soporta el peso corporal, protege la médula espinal y facilita la rotación.</p> <p>Una presión por más de 2h sobre cualquier área cutánea o prominencias óseas disminuye el aporte sanguíneo y, por consiguiente, causa isquemia tisular.</p>



4.- Dorsal con piernas elevadas: Paciente en decúbito dorsal o supino con extremidades inferiores elevadas sobre almohadas o piecera de la cama.



5.- Decúbito Ventral o Prona: Paciente acostado sobre región anterior del cuerpo, cabeza de lado, extremidades superiores en extensión a los lados del cuerpo y las inferiores en extensión.



6.- Decúbito Lateral: Paciente acostada sobre el lado derecho o izquierdo, extremidades superiores en ligera flexión y la inferior del lado opuesto ligeramente flexionada sobre la otra.



7.-De Sims: Paciente en decúbito lateral izquierdo con extremidades superiores ligeramente flexionadas, extremidad inferior izquierda ligeramente flexionada y la derecha flexionada hasta casi tocar el abdomen.



- c) Enseñar al cuidador primario que el niño debe adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

- d) Realizar un ligero masaje en cada cambio de posición durante 10 min:
 - 1. Colocarse a un costado del niño. Colocar los pulgares en la parte superior de la espalda, justo debajo del cuello y en ambos lados de la columna vertebral.
 - 2. Con un movimiento "en abanico" con los pulgares extendidos, presiona suavemente hacia la parte baja de la espalda; la presión debe ir en ángulo hacia los pies del niño, no hacia el suelo. Alternar la presión en ambos

<p>pulgares, haciendo los movimientos desde la parte superior de la espalda, hasta las caderas del niño.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Repetir este movimiento subiendo por la espalda hasta llegar al área de los hombros y luego regresa. Repítelo 3 veces. 4. Este masaje será de forma superficial sin necesidad de quitar la ropa. 	
---	--

<p>INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera fomentara la mecánica corporal durante su estancia hospitalaria al cuidador primario. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Determinar el grado de compromiso del cuidador primario para aprender a utilizar posturas correctas. 2.- Al estar de pie <ol style="list-style-type: none"> a. Mantener sus pies planos sobre el piso y separados de 30 centímetros el uno del otro. b. Mantener su espalda recta. c. Mantener sus brazos a los lados del cuerpo. d. Apriete los músculos de su abdomen. 3.- Manejo de cargas <ol style="list-style-type: none"> a. Colocar la carga o a persona lo más cerca posible del cuerpo. b. Sus pies debe estar separados. Mantener su espalda recta. c. Cuando se agache doblar la cadera y las rodillas. No doblar la cintura. d. Sostener bien al paciente. e. Con sus rodillas dobladas y su espalda recta, levantar la carga usando músculos del brazo y piernas. No usar el músculo de la espalda. f. Alzar la carga hasta la altura del hombro no más. 	<p>La mecánica corporal trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato musculoesquelético en coordinación con el sistema nervioso.</p> <p>Los estados de equilibrio y movimiento del aparato musculoesquelético dependen de la coordinación que tiene con el sistema nervioso.</p> <p>Una posición correcta permite la realización óptima de la exploración física y la aplicación de tratamientos.</p> <p>Los siguientes son principios básicos del funcionamiento de la mecánica corporal: Conservar bajo el centro de gravedad, apoyar el cuerpo sobre una base de sustentación y alinear las relaciones corporales.</p> <p>El centro de gravedad de un cuerpo es el punto en el que está centrada la masa corporal.</p> <p>La base de sustentación, centro y línea de gravedad, son los elementos que intervienen en la estabilidad de un cuerpo. (Frontado, 2015)</p>



4.- Trasladar al niño o niña de la cama a coche

- a) Se coloca al coche cerca de la cama en paralelo a la altura de los pies del cuidador, poner seguro al coche para evitar desplazamiento imprevisto, el cuidador se colocara frente del paciente con los pies separados, doblado la rodilla, la espalda recta, la cabeza alzada, le alza al niño de un giro le coloca en el coche .



5.- Cargar en sus brazos

Primero el cuidador debe ponerse en un posición correcta, sentarse con la espalda apegado a la silla, la cabeza recta , los pies asentados sobre el piso y separados, agarrar bien al niño, así se distribuye el peso sobre las piernas. De igual forma cuando está caminando o parada tiene que distribuir el peso como se ve en el gráfico la cabeza y la espalda recta con los pies separados.

- b) Instruir al cuidador primario acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo.

- c) Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.
- d) Enseñar al paciente a utilizar la postura y mecánica corporal para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física.
- e) Instruir sobre la utilización de colchones/sillas o almohadas firmes, si es adecuado.
- f) Enseñar a no dormir en decúbito prono.
- g) Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir.
- h) Monitorizar la mejora de la postura/mecánica corporal del paciente.
- i) Utilizar los principios de la mecánica corporal junto con la manipulación segura del paciente y ayudas para el movimiento.



INTERVENCIÓN: 4.- El cuidador primario conocerá sobre le manejo neurológico (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: a) Reconocimiento de crisis convulsivas Tipos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Las convulsiones de ausencia, a veces llamadas epilepsia menor o pequeño mal, pueden causar un parpadeo rápido o la mirada fija a lo lejos por unos pocos segundos. 2. Las convulsiones tonicoclónicas, también llamadas epilepsia mayor o gran mal, pueden hacer que la persona: <ol style="list-style-type: none"> 3. Grite 4. Pierda el conocimiento 5. Se caiga al piso 6. Tenga rigidez o espasmos musculares 7. La persona puede sentirse cansada luego de tener una convulsión tonicoclónica. 8. Las convulsiones focales simples afectan una pequeña parte del cerebro. Estas convulsiones pueden causar sacudidas o un cambio de sensación, como un sabor u olor extraño. 9. Las convulsiones focales complejas pueden hacer que la persona con epilepsia se sienta confundida o aturdida. 10. La persona no podrá responder preguntas ni seguir instrucciones por unos pocos minutos. 11. Las convulsiones generalizadas secundarias comienzan en una parte del cerebro, pero luego se 	<p>El estatus epiléptico (EE) es una emergencia neurológica que requiere una atención inmediata. La mortalidad intrínseca es del 1-7%, aunque la mortalidad global puede llegar al 20% y en casos de EE refractario hasta al 50%. Los factores que condicionan el pronóstico del EE son la edad, la duración, la etiología y la respuesta al tratamiento¹. La edad y algunas causas no son modificables, pero sí que podemos actuar acortando la duración.</p> <p>Las convulsiones pueden establecerse diferentes tipos según el área o áreas cerebrales afectadas, el nivel de contracción muscular o las causas de la convulsión. (Corral-Ansaa, 2008)</p>

<p>extienden a ambos lados del cerebro. En otras palabras, la persona primero tiene una convulsión focal, seguida de una convulsión generalizada.</p> <p>12. Las convulsiones pueden durar unos pocos minutos.</p> <p>b) Administración de medicamentos anticonvulsionantes:</p> <p>Levetiracetam 350 mg c/12 IV Vigabatrina 750 mg c/12 VO Clobazam 2.5 mg c/12 VO Acdo valproico 20 mg c/8 VO</p> <p>c) Reconocer las complicaciones, signos y síntomas de urgencia.</p>	
---	--

EVALUACION

El día 23 de octubre de 2017 se inicia el seguimiento de la valoración de la necesidad de movilidad y postura, terminando el 06 de Marzo de 2018.

Durante este tiempo se llevan a cabo terapias para mejorar la movilidad y espasticidad que A. tiene, sin embargo, no se resuelve ya que estas terapias dejan de tener seguimiento. Se llevaron a cabo 8 seguimientos intrahospitalarios, y 2 extra hospitalarios, de los cuales 2 fueron por llamada.

A A. se le realizan los planes de intervenciones contando con el apoyo de todo el equipo multidisciplinario y el material necesario para las terapias. Unos meses después, A. muestra un ligero cambio en los movimientos que realiza y en la alineación corporal correcta que debe mantener, ahora se muestra con mejor sostén cefálico, menor espasticidad en ambas manos y con una mejor alineación corporal logrando así disminuir el nivel de dependencia de un 6 a un 5, sin embargo, se recuerda al cuidador primario que al estar en dependencia crónica, estos niveles se mantendrá los próximos años.

Se observa que A. necesita un adecuado seguimiento para lograr mejoría en la movilidad, por lo que el cuidador primario refiere que si llevo a cabo los ejercicios que se plantearon en el hogar, observando un avance en lo que ya hacía.

Finalmente es importante mencionar que la dependencia de esta necesidad está relacionada directamente con la mayoría de las otras necesidades ya que al tener falta de movilidad afecta directamente a las otras necesidades.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: Oxigenación y Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vía aérea R/C falta de fuerza para expectorar secreciones M/P secreciones abundantes en cavidad oral, frémito táctil aumentado, estertores crepitantes bibasales,

Nivel y grado dependencia: 6 - Crónica Parcial

Tipo de Prioridad: Alta

Fecha de identificación: 06/03/2018 **Rol de enfermería:** Suplencia

Objetivo: El preescolar mejorará la limpieza de vía aérea a través de la terapia respiratoria aplicado por el personal de enfermería el tiempo que sea necesario y posteriormente el cuidador primario en casa.

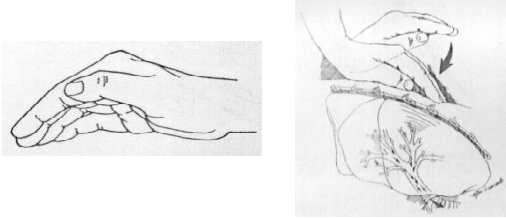
INTERVENCIÓN: 1.- La enfermera realizara la valoración de la necesidad de oxigenación cada 4 horas durante estancia hospitalaria. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: a) Entrevista; investigar con el personal de salud, si ha habido algún cambio en el patrón ventilatorio, investigar sobre nuevos datos de laboratorio como; pH, pCO2 pO2, Hemoglobina b) Observación: el estado de conciencia, observar que la postura que no obstruya la vía aérea, observar el patrón respiratorio c) Exploración Física; Inspeccionar: coloración, hidratación, simetría de nariz y boca, cuello posición, simetría en los movimientos respiratorios; Palpar: expansión del tórax frémito táctil, amplexión y amplexación. Percusión: variaciones de sonoridad, tonos de matidez, submatidez, resonancia o claro pulmonar, hiperresonancia, timpanismo. d) Auscultación: campos pulmonares y características de los ruidos respiratorios.	La valoración de enfermería del estado de oxigenación determina datos acerca de los problemas respiratorios y cardiovasculares actuales y pasados que alteran el patrón respiratorio normal, las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad. (J-Berman, 2013)

<p>INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera enseñara al cuidador primario a monitorizar la función respiratoria en casa (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Vigilar continuamente movimiento torácico, observando simetría, utilización de los músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares b) Observar si existen respiraciones anormales o diferentes a como ella lo conoce y ruidos como quejido o estertores, ronquera al expresarse. c) Observar si existe fatiga muscular cuando respira. d) Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos (p. ej., dispositivos en el dedo, nariz, o frente), con sistemas de alarma apropiados en pacientes de riesgo e) Vigilar presencia de secreciones 	<p>La monitorización de la respiración consiste en la recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de la vía aérea y el intercambio gaseoso. La función respiratoria se puede alterar por condiciones o enfermedad que alteran la estructura y la función pulmonar. Los músculos respiratorios, el espacio pleural, los pulmones y los alveolos son fundamentales para la ventilación, la perfusión y el intercambio de gases respiratorios. (Potter, 2015)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera y el cuidador primario proporcionaran el aporte de oxígeno indicado. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. b) Administrar oxígeno suplementario mediante puntas nasales a 0.5 ltsx´ c) Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. d) Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. e) Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro en casa y gasometría arterial en el 	<p>En condiciones normales, el aire atmosférico tiene una concentración de oxígeno de un 21 % y el aire espirado un 16-17 %, el cual si bien no es el ideal, puede permitirnos una oxigenación mínima para mantener la reanimación cardiopulmocerebral (RCPC) hasta la llegada de apoyo vital avanzado. El aporte de oxígeno es vital en todos los pacientes con emergencias, tanto médicas como traumáticas. Constituye una forma sencilla de prevenir complicaciones y de garantizar que la reanimación tenga mejor calidad. MÁSCARA FACIAL CON RESERVORIO NO RECIRCULANTE CON ALTO FLUJO DE</p>

<p>hospital).</p> <p>f) Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.</p> <p>g) Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.</p> <p>h) Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiera con los intentos de respirar del niño.</p> <p>i) Observar la ansiedad del niño relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.</p> <p>j) Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.</p> <p>k) Proporcionar oxígeno durante los traslados del niño.</p> <p>l) Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa.</p>	<p>OXÍGENO. (10- 15 L/min) = (90-100 % oxígeno). Tiene la ventaja que acumula oxígeno durante la fase que no se respira lo que incrementa su concentración en el aire inspirado. Un flujo de 6 L/min brinda una concentración del 60 %, lo que se incrementa en un 10 % con cada litro aumentado.</p> <p>SONDA NASAL. (1-6 L/min) = (24-45 % oxígeno). Con este dispositivo, el oxígeno se mezcla con el aire inspirado en la faringe, la concentración del gas dependerá de los litros por minuto (flujo) y la cantidad de aire inspirado. La sonda debe cambiarse de fosa nasal al menos cada 8 horas. (Falcón)</p>
--	---

<p>INTERVENCIÓN: 4.- FISIOTERAPIA TORÁCICA (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>a) Determinar el segmento o segmentos pulmonares que contienen secreciones excesivas auscultando los campos pulmonares.</p> <p>b) Colocar al paciente con el segmento pulmonar que se va a drenar en la posición más elevada.</p> <p>c) Utilizar almohadas para sostener al niño en la posición designada.</p> <div data-bbox="300 1409 808 1730" style="text-align: center;"> </div> <p>d) Golpear el tórax de forma rítmica y en sucesión rápida utilizando las manos ahuecadas sobre la zona que</p>	<p>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, aumentar la tolerancia al ejercicio y mejorar la calidad de vida.</p> <p>La fisioterapia respiratoria hace referencia al conjunto de técnicas físicas encaminadas a eliminar las secreciones de la vía respiratoria y mejorar la ventilación pulmonar. La evidencia científica que justifica su empleo en algunas enfermedades es insuficiente, aunque la práctica habitual perpetúa su uso. Las principales limitaciones en el diseño de los estudios son la imposibilidad de mantener ciegos a pacientes y terapeutas, la falta de consenso en la técnica estándar con que comparar las nuevas técnicas y la escasa precisión de las variables empleadas en la evaluación de los resultados¹. Es necesario individualizar el tratamiento atendiendo a la</p>

<p>se va a drenar durante 3-5 minutos, evitando la percusión sobre la columna, los riñones, las mamas femeninas, las incisiones y las costillas fracturadas.</p>  <p>e) Aplicar vibración manual de forma rápida y vigorosa, manteniendo los hombros y los brazos rectos y las muñecas rígidas, sobre las áreas que se van a drenar mientras el paciente espira o tose 3-4 veces.</p> <p>f) Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después del procedimiento: pulsioximetría, signos vitales y nivel de comodidad referido).</p> <p>g) Realizar la fisioterapia torácica al menos 2 horas después de comer y antes de aspirar secreciones.</p> <p>h) Explicar al paciente la finalidad y los procedimientos usados durante la fisioterapia torácica.</p> <p>i) Colocar todos los equipos necesarios cerca (p. ej., dispositivo de aspiración, recipiente para el esputo y pañuelos de papel).</p> <p>j) Monitorizar el estado respiratorio y cardíaco (p. ej., frecuencia, ritmo, sonidos respiratorios y profundidad de la respiración).</p>	<p>edad, la enfermedad de base y el estado clínico, la disponibilidad de aparatos y personal entrenado, el tiempo que requiere y el riesgo de pérdida de adherencia terapéutica. Las técnicas, tanto si son autoadministradas como si precisan de un adulto, requieren entrenamiento y supervisión por parte de un médico rehabilitador y fisioterapeuta especializado. (López, 2004)</p>
--	---

<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>5.- La enfermera realizara aspiración de secreciones de la vía aérea superior e inferior cada que sea necesario y enseñara a cuidador primario técnica para realizarlo en el hogar las veces que sea necesario. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p><u>Técnica de aspiración de secreciones:</u></p> <p>a) Preparar todo el equipo necesario.</p> <p>b) Presentarse con el cuidador primario y explicarle lo que se realizara y los</p>	<p>La aspiración de secreciones es un procedimiento encaminado a extraer secreciones del árbol bronquial por medio de la aplicación de presión negativa, cuando el paciente no puede expulsarlas de forma</p>

<p>posibles efectos.</p> <p>c) Comprobar el correcto funcionamiento de la fuente y el conjunto vacío de presión negativa a no más de 150mmHg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La comprobación se realizará mediante la activación de la unidad, poniendo un dedo sobre el extremo distal del tubo de conexión y verificando la aspiración en el manómetro lectura. - La verificación del correcto funcionamiento de la unidad debe realizarse antes de conectar el catéter/sonda al tubo de conexión. - Si es necesario, la presión debe ser modificada adecuadamente antes de continuar con el procedimiento. <p>d) Realizar la adecuada higiene de manos con el preparado de base alcohólica (IA).</p> <p>e) Ponerse protección ocular y guantes no estériles (IB).</p> <p>f) Colocar al paciente en posición adecuada: - Aspiración por vía oral: semi-fowler, con la cabeza girada hacia un lado. - Aspiración por vía nasal: semi-fowler con el cuello en hiperextensión de 70° -</p> <p>g) Evaluar el estado de oxigenación del paciente mediante la determinación de la saturación de oxígeno.</p> <p>h) Pre-oxigenar al paciente, durante al menos 30 segundos, a menos que exista una contraindicación para un aumento de FiO₂, a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes que presenten desaturación de oxígeno durante la aspiración. - Los pacientes que presenten alteraciones de ritmo cardíaco durante la aspiración. - Los pacientes que reciben oxígeno suplementario de forma continua. <p>i) Colocar el empapador bajo la barbilla del paciente.</p> <p>j) Seleccionar la presión de aspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niños: 100-120 mm Hg <p>k) Conectar el tubo de conexión al sistema de aspiración.</p> <p>l) Abrir el envase estéril del catéter/sonda de succión, y conectar el catéter de succión al tubo de conexión, asegurándose de que el extremo distal del catéter o sonda (extremo en contacto con el paciente) no entra en contacto con</p>	<p>eficaz por sí mismo, ya sea a través de una sonda de aspiración orofaríngea (yankauer) o un catéter de aspiración, con el objetivo de:</p> <p>Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>Prevenir las infecciones, atelectasias e hipoxia producidas por el acumulo de secreciones.</p> <p>Obtener muestras de secreciones respiratorias para análisis microbiológico o citológico. (Toribio, 2005)</p>
---	--

los guantes o el medio ambiente.

Aspiración Orofaringea:

- m) Humedecer la punta del sonda/catéter con la solución salina y aspirar para comprobar su permeabilidad.
- n) Solicitar al paciente que abra la boca o utilizar un depresor lingual para descender la lengua.
- o) Introducir suavemente el catéter/sonda deslizándolo por uno de los laterales de la boca hasta llegar a la orofaringe.
- p) Aspirar las mejillas, debajo de la lengua, y/o la parte posterior de la nasofaringe, según sea necesario.
- q) La aspiración se realizará desde la parte posterior hacia adelante
- r) La zona de aspiración mediante catéter de succión yankauer está delimitada por una línea imaginaria situada tras las muelas posteriores.
- s) No aspirar durante la introducción.

Aspiración Nasofaringea:

- t) Medir la distancia entre el lóbulo auricular y la punta de la nariz del paciente, que será la longitud a introducir de la sonda.
- u) Verificar la permeabilidad nasal inspeccionando ambas fosas nasales.
- v) Ocluir las y solicitar al paciente que inhale para determinar cuál es la más permeable.
- w) Utilizar la fosa nasal más permeable para realizar la aspiración.
- x) Humedecer la punta de la sonda con la solución salina o lubricante hidrosoluble.
- y) Introducir suavemente la sonda por uno de los orificios nasales dirigiéndolo por el centro del suelo de la cavidad nasal hacia el espacio postnasal.
- z) Insertar la sonda hasta medida indicada, o hasta que se produzca la tos. Cuando esto ocurra, retroceder la sonda aproximadamente 1 cm.
- aa) No forzar la sonda. Si uno de los orificios no está permeable, intentarlo por el otro.
- bb) No aspirar durante la introducción.
- cc) Comenzar la succión cubriendo el

<p>puerto de control de aspiración con el pulgar coincidiendo con el final de la inspiración (para garantizar la aspiración se produce durante la expiración).</p> <p>dd) La duración máxima de cada intento de succión debe ser determinada por la respuesta clínica del paciente, aunque en ningún caso debe ser superior a 10- 15 segundos.</p> <p>ee) Retirar el catéter/sonda lentamente y suavemente mientras se mantiene la succión. Si la sonda tiene agujeros circunferenciales no es necesario realizar movimientos de rotación mientras se extrae el catéter.</p> <p>ff) No utilizar de forma rutinaria soluciones de irrigación.</p> <p>gg) Si el paciente no presenta dificultad respiratoria, permitirle descansar durante 20-30 seg. antes de introducir nuevamente la sonda.</p> <p>hh) Si el paciente es capaz, pedirle que realice una respiración profunda y que tosa entre las aspiraciones.</p> <p>ii) Espaciar cada inserción el tiempo suficiente para vigilar los efectos adversos y realizar una reevaluación para determinar si se requieren más aspiraciones.</p> <p>jj) Repetir los pasos anteriores las veces que sean necesarias utilizando tanto catéter/sonda nuevos estériles y guantes limpios para cada aspiración (II). Puede utilizarse la misma sonda si después de la aspiración de la zona nasofaríngea se aspira la zona orofaríngea, siempre y cuando el paciente no haya sido sometido a cirugía bucal.</p> <p>kk) Si fuera necesario realizar aspiración nasofaríngea y orofaríngea, realizar en primer lugar la nasal ya que se considera más limpia que la vía oral.</p> <p>ll) Oxigenar la paciente en caso de ser necesario. De forma general, los pacientes que requieren preoxigenación también deberían recibir oxígeno después de finalizar la aspiración. Transcurrido un minuto después de la aspiración, ajustar la</p>	
--	--

<p>FiO2 al valor inicial preestablecido. mm) Una vez que completado todo el procedimiento, enjuagar el tubo de succión conector utilizando una pequeña cantidad de agua estéril.</p> <p>nn) Desechar los artículos monouso siguiendo las recomendaciones del Protocolo de Gestión de Residuos Hospitalarios.</p> <p>oo) Retirarse los guantes y realizar la higiene de las manos con un preparado de base alcohólica (IB).</p> <p>pp) Registrar el procedimiento en la historia de enfermería, incluyendo las características de las secreciones (color, cantidad y viscosidad), así como cualquier reacción adversa que tuviera lugar durante el procedimiento.</p>	
--	--

<p>INTERVENCIÓN: 6.- La enfermera disminuirá la ansiedad del paciente posterior a la aspiración de secreciones (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. b) Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. c) Tratar de comprender la perspectiva del niño sobre una situación estresante. d) Permanecer con el niño para promover la seguridad y reducir el miedo. e) Pedirle al cuidador primario que permanezca con el niño. f) Mantener el equipo para tratamiento fuera de la vista. g) Escuchar con atención las demandas del cuidador primario. h) Crear un ambiente que facilite la confianza. i) Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos del cuidador primario. 	<p>La hospitalización, por su naturaleza, representa un evento que causa ansiedad y se reconoce como el evento que produce mayor ansiedad en los niños. La percepción de éstos en la experiencia de hospitalización excede sus capacidades para poder resolverla y afrontarla, lo que los lleva a presentar estados de ansiedad.</p> <p>Los efectos de la ansiedad en los niños durante y después de la hospitalización pueden persistir por semanas o meses después del egreso, y en algunos casos hasta la edad adulta. Las reacciones en el niño que experimenta ansiedad son diversas e incluyen conductas de agresión física y verbal, así como cambios afectivos y de actitud.</p> <p>De acuerdo con la opinión de expertos se han identificado respuestas emocionales negativas en algunos niños en el periodo poshospitalario. Estas respuestas incluyen problemas alimentarios, alteraciones en sueño, ansiedad incrementada ante la separación, temores, preocupaciones por su cuerpo, regresión a un nivel de conducta previo, y síntomas somáticos tales como tics y enuresis. (Aguilera, 2007)</p>

<p>j) Identificar los cambios en el nivel de ansiedad del niño.</p> <p>k) Observar si hay signos no verbales de ansiedad.</p>	
---	--

EVALUACIÓN

El seguimiento de la necesidad de oxigenación inicia el 23 de Octubre de 2017 y finaliza el 11 de Mayo de 2018 llevándose a cabo 48 seguimientos, 38 intrahospitalarios y 10 extra hospitalarios (9 por teléfono y 1 en el hogar). Al inicio del seguimiento se conoce a A. con aporte de oxígeno mediante bolsa reservorio, sin embargo, 3 días después se cambia a puntas nasales aportando 0.5 ltsx´ y saturando arriba del 94%. Con el paso del tiempo durante su internamiento se trata de destetar aunque no es posible ya que llegaba a desaturar hasta 80% sin el aporte de oxígeno por lo que se da de alta con el uso de puntas nasales hasta que se volviera a valorar en 2 semanas. El día 28 de diciembre es valorado de nuevo por el servicio de neumología y se indica que siga con el aporte de oxígeno ya que sigue desaturando al retiro de puntas nasales por más de 10 min.

Posteriormente, dos meses después, se valora al niño cuando asiste a consulta y los padres refieren que no saben si aún es necesario el uso de las puntas nasales ya que en ocasiones el niño se quita las puntas y logra estar sin ellas por más de 30 min o 1 hora sin llegar a desaturar, y se les propone que expongan eso el día de la consulta con el próximo especialista para referir con neumología de nuevo. En cuanto al aspecto circulatorio se mantiene sin presentar dificultades o alteraciones en el sistema cardiovascular, manteniendo una adecuada perfusión.

El día 20 de Abril es intervenido quirúrgicamente por lo que se tiene en fase III de ventilación presentando algunas dificultades para hacerlo, posteriormente se retira ventilación mecánica y lo mandan el servicio de CX General en donde, dos días después, el 22 de Abril se complica su estado de salud al presentar dificultad respiratoria grave por lo que se transfiere al servicio de cirugía y vuelve a fase III de ventilación de manera urgente.

Actualmente A. se encuentra en el mismo servicio debido a diversas complicaciones quirúrgicas por lo que continua bajo ventilación mecánica y bajo sedación con estado grave reservado de salud.

El plan de atención de enfermería se llevó a cabo realizando todas las intervenciones propuestas, ya que se contó con el recurso humano y material adecuado para poder lograrlo. También se logró que los cuidadores aprendieran las técnicas para el mantenimiento de la vía aérea limpia por lo que se logró disminuir el nivel de dependencia de grado 6 a 5, aunque continua en dependencia crónica ya que A. no será capaz de realizarlo si mismo y por el estado de salud actual.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: Nutrición / Hidratación y Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: Alteración en la necesidad de alimentación e hidratación R/C falta de fuerza para ingerir alimentos por sí solo M/P bajo tono muscular, palidez de mucosas, peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal, alteración en la mecánica de deglución y reflujo gastroesofágico.

Nivel y grado dependencia: 6 Crónica total

Tipo de Prioridad: Alta

Fecha de identificación: 06 Marzo 2018

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: El preescolar mejorará el aporte nutricional de acuerdo a la edad a través de un plan de alimentación alternativo.

INTERVENCIÓN:	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">a) Entrevista: Investigar algún cambio en la ganancia ponderal de peso del niño.b) Observar: Constitución, simetría.c) Exploración física: Inspección; mucosa oral, piel, forma de la boca, coloración, simetría del abdomen. Auscultación; Ruidos intestinales, Palpación: Turgencia de la piel, encías, abdomen masa, vísceras, palpación superficial y profunda. Percusión; Sonido timpánico en cuadrantes superior izquierdo e inferior izquierdo derecho, sonido mate en cuadrante superior derecho.d) Somatometría: Peso, talla, IMC, percentiles, graficas de peso y talla.e) Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).f) Identificar los cambios recientes del peso corporal.	Una valoración nutricional es aquella que evalúa un crecimiento y desarrollo adecuado somático, psicológico y social evitando los estados 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 dietética. (J-Berman, 2013)

<ul style="list-style-type: none"> g) Observar la presencia de náuseas y vómitos. h) Monitorizar la ingesta calórica y dietética. i) Evaluar la deglución (p. ej., función motora de los músculos faciales, orales y linguales, reflejo deglutorio y reflejo nauseoso). j) Evaluar la turgencia y movilidad cutáneas. k) Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia). l) Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil). m) Observar la presencia de náuseas y vómitos n) Monitorizar la presencia de tejido conjuntival pálido, enrojecido y seco. o) Identificar las anomalías de la cavidad oral (p. ej., inflamación; encías esponjosas, retraídas o hemorrágicas; labios secos y agrietados; llagas; lengua de color escarlata y geográfica; papilas hiperémicas e hipertróficas). p) Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (p. ej., colesterol, albúmina sérica, transferrina, prealbúmina, nitrógeno en orina de 24 horas, BUN, creatinina, hemoglobina, hematocrito, inmunidad celular, recuento total de linfocitos y niveles de electrolitos) 	
---	--

<p>INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera enseñará al cuidador primario a preparar la dieta prescrita en casa. (independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>a) Prepara el material que se va a utilizar.</p> <p>b) Lavado de manos.</p> <p>c) Con ayuda de un vaso medidor preparar 120 ml de agua y agregarle la leche en polvo con la cuchara medidora 21 gr, 3.5 gr de cereal de avena y con una jeringa 1 ml de aceite vegetal.</p> <p>d) Administrar Aporte enteral: fórmula de continuación (120 ml/día) [24] +3% cereal de avena +1% aceite.</p> <p>AGUA.....120 ml POLVO.....21 gr CEREAL DE AVENA..... 3.5 gr ACEITE.....1 ml DESPLAZA.....138 ml.</p> <p>e) Pasar 138 ml c/ 4 hrs en 6 tomas y pasar en 2 horas por SNG en los siguientes horarios 8:00, 12:00, 16:00, 20:00, 24:00, 4:00 am</p>	<p>Quando el paciente requiere una nutrición enteral de modo prolongado, si su situación clínica es estable y su enfermedad de base está controlada, se puede mantener dicha forma de soporte nutricional en el domicilio del paciente.</p> <p>El pediatra extrahospitalario en ocasiones debe participar en este tipo de nutrición enteral como apoyo del seguimiento hospitalario. (Lama R, 2010)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera enseñara al cuidador primario a alimentar al preescolar a través de una sonda nasogástrica. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Explicar el procedimiento al cuidador primario.</p> <p>b) Colocar al preescolar sentado o incorporado en un ángulo de 30-45o y mantenerlo en esta postura mientras</p>	<p>El soporte nutricional, también denominado nutrición asistida, es el aporte de nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales, bien con nutrición parenteral total (NPT), nutrición enteral (NE) o ambas, y es indicado cuando no es posible o aconsejable utilizar la alimentación adecuada de la manera convencional.</p> <p>El objetivo principal del soporte nutricional en los</p>

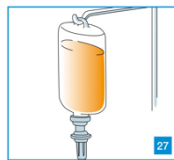
<p>se esté administrando la alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Asegurarse de que la fórmula está a temperatura ambiente. d) Preparar todo el material que vaya a necesitar. e) Lavarse cuidadosamente las manos. f) Comprobar el residuo gástrico antes de cada toma si su médico así se lo indica. g) Aspirar cuidadosamente el contenido del estómago con una jeringa de 50 ml. Puede utilizar la entrada de la sonda que mejor se adapte a su jeringa h) Medir el volumen aspirado, utilizando si es necesario un recipiente graduado. i) Una vez medido el volumen aspirado, reintroducir nuevamente en el estómago. j) Conectar la fórmula de nutrición a la línea de administración. k) Cuando administre la nutrición con un contenedor semirrígido l) Comprobar que la ruedecilla de la línea está bajada y que, por lo tanto, impide el paso de la fórmula nutricional. m) Abrir la botella y vierta la fórmula en el contenedor semirrígido. <div data-bbox="440 1465 654 1659" data-label="Image"> <p>The illustration shows a hand holding a white bottle with a white cap, pouring an orange-colored liquid into a clear plastic container that has a syringe-like plunger mechanism. The container is partially filled with the same orange liquid. A small blue square with the number '25' is located in the bottom right corner of the illustration.</p> </div>	<p>niños críticamente enfermos es reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la malnutrición. La desnutrición energética está presente en pacientes hospitalizados, con una frecuencia que varía de un 30 % a 60 %. Los efectos sobre el organismo van desde trastornos disfuncionales en un inicio hasta graves afectaciones tróficas y de las funciones vitales. (Pineda, 2006)</p> <p>La obstrucción en las sondas es una complicación frecuente que trae como respuesta el cambio de estas, sin embargo, su limpieza correcta es clave para poder disminuir este riesgo. La enseñanza del cuidado y limpieza que debe recibir el equipo juega un papel principal en el desarrollo correcto de la alimentación del paciente, ya que con este se podrá prevenir la obstrucción o deterioro en el material, siendo imposible una correcta administración de los alimentos. Es recomendable seguir las instrucciones de los fabricantes. Pero, en general, las líneas, las bolsas flexibles y los contenedores semirrígidos se deben limpiar después de cada administración. (Gómez, 2013)</p>
--	---



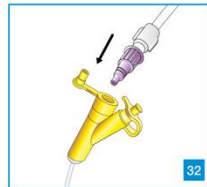
- n) Enroscar el cabezal universal de la línea al contenedor



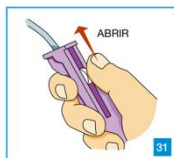
- o) Colgar el contenedor como mínimo 60 cm por encima de la cabeza del niño.



- p) Conectar la línea a la sonda nasogástrica



- q) Abrir la ruedecilla y permita que la fórmula nutricional fluya por la línea hasta que la llene por completo sin llegar a salir por el extremo



<p>r) Cerrar la ruedecilla.</p> <p>s) Abrir el tapón de la sonda y conecte el extremo de la línea a la sonda presionando ligeramente.</p> <p>t) Sujetarla sonda para que no se desplace y compruebe que está bien colocada tirando de ella ligeramente.</p> <p>u) Administrar de la fórmula de nutrición</p> <p>v) Subir lentamente la ruedecilla para que la fórmula empiece a caer gota a gota.</p> <p>w) Graduar la velocidad de caída de las gotas (número de gotas por minuto)</p> <p>x) Vigilar que la línea de administración no se doble en ningún punto; no debe obstruirse porque ello evitaría el paso de la fórmula.</p> <p>y) Reducir la frecuencia de la alimentación por sonda y/o disminuir la concentración para controlar la diarrea.</p> <p>z) Enseñar a cuidador primario los cuidados y limpieza del material después de la alimentación:</p> <p><u>Líneas y contenedores</u></p> <p>A) Después de cada toma de alimentación lavar con agua y jabón el contenedor y la línea de administración si su envase así se lo indica. Aclararlos y dejarlos secar.</p> <p>B) Recordar que los contenedores de plástico (flexibles o semirrígidos) y la línea de administración deben cambiarse como máximo cada dos o tres días.</p> <p><u>Jeringa</u></p> <p>C) Después de cada toma de alimentación lavar con agua y jabón el émbolo y el exterior de la jeringa. Aclararlos y dejarlos secar.</p> <p><u>Sonda nasogástrica</u></p> <p>D) Limpiar cada día la sonda por fuera con una gasa, agua tibia y jabón suave. Después aclarar y secar bien.</p>	
--	--

INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera proporcionara un adecuado manejo de electrolitos. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Contar y pesar los pañales. b) Realizar un registro preciso de ingresos y egresos. c) Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado) d) Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolalidad urinaria). e) Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda. f) Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria. g) Administrar terapia I.V. Solución fisiológica 0.9% 67 ml + Solucion Glucosada 5% 65 ml + clouro de potasio h) Administrar líquidos I.V. a temperatura ambiente. i) Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas. j) Vigilar la respuesta del preescolar a la terapia de electrólitos prescrita. 	<p>La administración de líquidos parenterales es requerida en los pacientes pediátricos con mayor frecuencia que en los pacientes adultos. La terapia líquida en niños deberá estar más claramente definida como volumen total, velocidad de goteo y contenido de agua y electrolitos de las soluciones a ser administradas.</p> <p>Las necesidades normales de mantenimiento consisten de aquellas cantidades de agua y electrolitos perdidos a través de: sudor, pérdida insensible de agua (30- 40%), orina 50-60%) y heces (5-12%). Mientras que estamos completamente de acuerdo en que fundamentalmente las necesidades de agua para los propósitos del mantenimiento normal dependen no del tamaño corporal, si no de la intensidad del metabolismo, debe de ser señalado que la base más firme de referencia para conceptualizar déficit preexistentes son los cambios en el peso corporal, porque las reservas de agua corporal y electrolitos son más directamente proporcionales al peso que al área de superficie corporal o a las calorías metabolizadas; y el cálculo de los déficit se haría en base al peso corporal. (Cleaves, 1975)</p>

INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera colaborará en la terapia de deglución que el cuidador primario debe realizar diariamente la mayor cantidad de veces posible. (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente. b) Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución. c) Colocarse de forma que el paciente pueda ver y oír al cuidador. d) Explicar el fundamento del régimen de deglución al cuidador primario. e) Colaborar con el personal de foniatria para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución. f) Maniobra de Mendelssohn: el terapeuta toma el cartílago tiroides entre el pulgar e índice, le pide al paciente que trague y al mismo tiempo realiza la elevación anterior del cartílago tiroides, manteniéndolo durante 3 segundos. g) Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio. h) Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución ("barbilla metida"). i) Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer. 	<p>La disfagia puede ocasionar posibles complicaciones como ser desnutrición, deshidratación, neumonías (aspiración silente) y/o obstrucción de la vía aérea superior.</p> <p>Se define aspiración al ingreso del material orofaríngeo por debajo del plano glótico. Cuando el material queda por encima de cuerdas vocales (espacio supraglótico) se denomina penetración.</p> <p>La mayor preocupación en la medicina recae en las posibilidades de aspiración traqueobronquial y el riesgo de neumonitis y/o neumonías.</p> <p>El objetivo de la rehabilitación de la disfagia orofaríngea es lograr una deglución segura y eficaz; intentando recuperar la función perdida o bien implementar un nuevo mecanismo que reemplace al anterior y permita una alimentación oral segura. (Cámpora, 2012)</p>

INTERVENCIÓN: 6.- La enfermera colaborará en la terapia de nutrición que el cuidador primario debe realizar diariamente la mayor cantidad de veces posible. (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Completar una valoración nutricional. b) Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria. c) Comprobar la conveniencia de las órdenes dietéticas para cumplir con las necesidades nutricionales diarias. d) Determinar en colaboración con el dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias nutricionales. e) Elegir suplementos nutricionales. f) Fomentar la ingesta de alimentos ricos en calcio. g) Fomentar la ingesta de alimentos y líquidos ricos en potasio. h) Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. i) Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas. j) Determinar la necesidad de alimentación enteral por sonda. k) Administrar alimentación enteral, cuando sea preciso. l) Suspender la alimentación por sonda a medida que se tolere la ingesta oral. m) Asegurar la disponibilidad de una 	<p>El buen estado nutricional es un elemento básico en la evolución del paciente hospitalizado. Varios estudios han demostrado que la desnutrición energético nutricional (DEN) tiene consecuencias negativas en la salud de los pacientes; incrementa la mortalidad y la morbilidad, la estadía y los costos en las instituciones de salud, lo que unido a las prácticas asistenciales, empeoran el estado nutricional y comportan mayor número de complicaciones.</p> <p>Se trata de los niños hospitalizados por cualquier causa, que en el transcurso de su proceso morboso, ya sea por la propia enfermedad, como por las prácticas asistenciales inadecuadas (períodos de ayuno prolongados para realizar análisis complementarios como paso previo a intervenciones quirúrgicas, anorexia por los cambios en los hábitos alimentarios), sufren pérdida de peso importante y adquieren deficiencias de macro y micronutrientes. Los cambios fisiopatológicos que de ello se deriva repercuten negativamente en el funcionamiento de órganos y sistemas: la desnutrición hospitalaria se acompaña de mayor riesgo de infecciones nosocomiales, deficiente cicatrización de heridas, dehiscencia de suturas, complicaciones metabólicas, y por ende, de una mayor estadía hospitalaria, con costos incrementados por paciente. (Hernández, 2012)</p>

<p>dieta terapéutica progresiva.</p> <p>n) Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita.</p> <p>o) Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas.</p> <p>p) Ayudar al paciente a sentarse antes de la comida o alimentación.</p> <p>q) Controlar los valores de laboratorio.</p> <p>r) Instruir al cuidador primario sobre la dieta prescrita.</p>	
--	--

EVALUACIÓN

El seguimiento de la necesidad de Nutrición e Hidratación inicia el 23 de Octubre de 2017 y termina el 11 de Mayo de 2018, durante este tiempo se llevaron a cabo 38 seguimientos, 28 intrahospitalarios y 10 extrahospitalarios (1 en el hogar y 9 por teléfono), conociendo a A. con apariencia de desnutrición y confirmada con el diagnostico medico de desnutrición aguda de intensidad grave, pesando 10.6 kg, peso inadecuado para la talla y edad, por debajo del percentil 25, también se conoce con intolerancia a la vía oral por lo que está siendo alimentado por sonda nasogástrica. Por lo anterior se realiza un plan de intervenciones junto con el médico y nutriólogo, con el objetivo de brindar un aporte nutricional adecuado para la edad logrando así mejorar la necesidad al restablecer el peso adecuado en aproximadamente 2 meses, subiendo casi 4 kg. Sin embargo, la intolerancia a la vía oral aún estaba presente, por lo que siguió con alimentación por sonda nasogástrica, hasta que el día 8 de noviembre es diagnosticado con ERGE, por lo que se le comunica al familiar que será necesario la colocación de gastrostomía. Posteriormente se citó para cirugía 3 veces y fue rechazado por recurrentes infecciones hasta que el día 20 de abril de 2018 se realiza Funduplicatura + Gastrostomía Laparoscópica. El día 22 de abril de 2018 se ve afectada la recuperación por lo que continua en ayuno pre cirugía, sin usar sonda de

gastrostomía ya que presenta distensión abdominal y sangrado interno, por lo que se coloca Penrose para derivación.

Hasta el último día del seguimiento A. continuaba en estado grave de salud, por lo que se realizó laparoscopia diagnóstica, control de sangrado posquirúrgico y rehechura de gastrostomía sin mostrar mejoría.

Sin embargo, aun con las complicaciones se cumple el objetivo al mejorar el aporte nutricional del paciente y al realizar todas las intervenciones con el apoyo del personal y con el recurso material disponible necesario y adecuado, logrando disminuir el nivel de dependencia grado 6 a 5, aunque es importante mencionar que seguirá siendo una dependencia crónica.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: Eliminación y Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: Alteración en la eliminación fecal R/C ingesta insuficiente de fibra y postración en cama M/P estreñimientos constantes

Nivel y grado dependencia: 5

Tipo de Prioridad: Alta

Fecha de identificación 06 de Marzo de 2018

Rol de enfermería: Suplencia

Objetivo: El preescolar mantendrá una adecuada evaluación fecal a través del cuidado al paciente estreñado.

INTERVENCIÓN: 1.- La enfermera realizara la valoración de la necesidad de eliminación fecal durante el turno. (Dependiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">a) Entrevistar: al personal de salud sobre el patrón de eliminación intestinal.b) Observar; Constitución corporal.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.d) Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.e) Informar si hay disminución de los sonidos intestinales.f) Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.g) Instruir al cuidador primario a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.	La realización de la valoración de la eliminación intestinal en el neonato prematuro, es de importancia ya que los desechos del metabolismo intestinal permiten la homeostasis del funcionamiento del organismo. (J-Berman, 2013)

<p>INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera ayudara con el cuidado en las evacuaciones cada que sea necesario y mostrara a cuidador primario como realizarlo en casa. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Facilitar la higiene tras la defecación después de terminar con la eliminación para evitar una dermatitis de pañal. b) Cambio de pañal después de cada eliminación fecal c) Controlar la integridad cutánea del área perianal del preescolar d) Cuidados al área perianal: Evitar la humedad continua. Evitar tener heces en pañal por largo tiempo, cambiar enseguida e) Disponer intimidad durante la eliminación. f) Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación. g) Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados. h) Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados. 	<p>Las heces fecales contienen varias enzimas que irritan de manera importante la piel. Incluso, la <i>Cándida Albicans</i> -un hongo que se encuentra presente de manera normal en las heces de los niños- invade rápidamente la piel una vez que está macerada y ha llegado a encontrarse hasta en el 92 por ciento de los casos con dermatitis del área del pañal. (FMD, 2015)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera enseñará a cuidador primario a realizar algunos ejercicios para evitar estreñimiento, todos los días. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>A) Realizar ejercicios para evitar el estreñimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocarle las manos en el vientre hasta que el niño se vaya relajando 2. Hacer como una rueda alternando las manos desde debajo de las costillas hasta las ingles, primero con las piernas del niño relajadas y luego sujetando las piernas en alto 3. Rodillas arriba y abajo flexionándolas suavemente contra el vientre, se debe mantener esta postura al menos unos 	<p>El estreñimiento se define como la disminución en la frecuencia de la emisión de heces, cualquiera que sea su consistencia o volumen (de forma más precisa, cuando la frecuencia de deposiciones es menor de tres a la semana). (Loening-Baucke, 1997)</p>

segundos y luego estiramos las piernas
4. Con los dos pulgares a ambos lados del ombligo **presiona ligeramente el vientre del niño** desde el ombligo hacia el costado, cada mano por un lado



5. Con la mano izquierda **haremos un círculo en sentido de las agujas del reloj** y con la mano derecha un semi-círculo en el mismo sentido


6. **Dibujar una I en el lado derecho del vientre**, luego dibujar una L invertida, y después una U invertida, de esta manera conseguimos ir sacando los gases que haya acumulados poco a poco ayudando a eliminarlos o disolverlos

7. **Rodillas arriba y abajo presionándolas suavemente contra el vientre**, se debe mantener esta postura al menos unos segundos y luego estiramos las piernas

8. Levantar las piernas y girarlas en círculos y **pedalear como en la bicicleta**

9. Caminar con la yema de los dedos por el vientre del niño

INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera administrara los medicamentos prescritos en caso de estreñimiento y enseñar a cuidador primario sobre el uso correcto de laxantes. (Dependiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Seguir los 10 correctos de la administración de medicamentos. b) Verificar el historial de alergias y efectos adversos o contraindicaciones de los medicamentos. c) Verificar la fecha de caducidad del medicamento y fecha de apertura de los medicamentos multidosis. d) Administrar laxantes VO Contumax (Polietilenglicol) polvo 10 gr cada 24 hrs. <div data-bbox="425 961 641 1129" style="text-align: center;"> </div> <p>La dosis recomendada puede disponerse de dos maneras: con la presentación en sobres unidos, o bien, directamente del frasco. La tapa del frasco de CONTUMAX® es una medida dosificadora ya que proporciona la dosis requerida y presenta 2 graduaciones, una de 10 g dosis pediátrica y otra de 17 g dosis para adultos, la que equivale al contenido de un sobre.</p> <p>La dosis de CONTUMAX® debe ser disuelta en 250 ml de agua hervida o purificada, jugo, bebida de sabor embotellada, café o té y se sugiere tomarla por la mañana.</p>	<p>La parte inicial del tratamiento es el vaciado intestinal. No se recomienda iniciar el tratamiento con «una dieta rica en fibra». Necesitamos comenzar el tratamiento con un intestino sin acumulación de heces. La desimpactación es el objetivo terapéutico más cercano.</p> <p>A esta primera fase le dedicaremos de 3 a 7 días, asociando una dieta pobre o ausente de fibra e incrementando la ingesta de líquidos: agua y zumos colados.</p> <p>El vaciado puede hacerse por vía oral o rectal. Actualmente la más generalizada es la oral con laxantes basados en el polietilenglicol (PEG). Existe una gran experiencia de su uso en pediatría básicamente del PEG de peso molecular 3.350. (Bautista, 2011)</p> <p>Macrogol 3350 es un agente osmótico que induce la retención de agua por la materia fecal con lo cual ésta aumenta su volumen, reblandeciendo su consistencia y facilitando su eliminación.</p> <p>El macrogol 3350 no es absorbido en sujetos sanos sin estreñimiento, de hecho, hay una recuperación completa del macrogol 3350 (macrogol) en heces. En sujetos constipados la recuperación del macrogol es parcial y variable. Esto no significa que macrogol se absorba en el intestino; pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino no mostraron una absorción mayor en comparación con sujetos normales. (PLM, 2017)</p>

INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera enseñará a cuidador primario a realizar un masaje en el abdomen todos los días. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>A) Realizar un masaje terapéutico para evitar el estreñimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparación mediante presión suave. Empezar haciendo pases de frotamientos suaves por encima del abdomen. Hacer los pases en círculo, en el sentido de las agujas del reloj, y procurar que la presión sea suave, no dolorosa. Realizar este movimiento durante 3 minutos. 2. Estimulación mediante vibración. Realizar 20 repeticiones haciendo el mismo movimiento pero aplicando vibraciones con las puntas de los dedos para estimular el abdomen y calentar la zona. 3. Estimulación mediante presión. Aplicar presión desde la parte superior izquierda del abdomen descendiendo hasta la fosa ilíaca izquierda para estimular el colon descendente. Realizar 10 repeticiones. Hacer lo mismo con el colon transversal, empezando por la parte superior derecha y dirigiéndose hacia la izquierda. Y finalmente, con el colon ascendente, desde la fosa ilíaca derecha en dirección ascendente hasta la parte superior del abdomen.  <ol style="list-style-type: none"> 4. Estimulación mediante presión profunda. Durante 5 minutos aplicar más presión con las manos superpuestas haciendo un movimiento en el sentido de las 	<p>El movimiento peristáltico puede ser facilitado con la ayuda de masajes para ayudar al correcto tránsito intestinal. Antes de dar el masaje es bueno ingerir un vaso de agua para fluidificar el bolo fecal. No deberá darse el masaje hasta 2 horas después de haber ingerido la última comida. Ni tampoco deberá realizarse en embarazadas ni en sintomatología aguda, en cuyo caso será aconsejable la revisión médica.</p> <p>El masaje debe realizarse suavemente imitando la movilidad natural de los propios intestinos, ya que maniobras intensas pueden estimular los reflejos viscerales interrumpiendo el movimiento peristáltico. La postura de la persona será tumbada boca arriba con las piernas estiradas para poder palpar y percibir mejor la anatomía. No sobrepasaremos los 25 minutos de duración. (Saz, 2010)</p>

<p>agujas del reloj empezando por la zona inferior derecha el abdomen. Nunca se debe notar dolor al aplicar la presión. Empezar por el colon ascendente, situando las manos en la fosa ilíaca derecha yendo en dirección ascendente hasta llegar al intestino transverso que se encuentra por encima del ombligo delimitado por el diafragma. A continuación, seguir en dirección transversa desde la derecha hasta la izquierda para estimular el colon transverso y, finalmente, descender las manos estimulando el colon descendente hasta llegar a fosa ilíaca izquierda.</p> <p>5. Relajación. Por último, relajar el abdomen permitiendo que el niño realice 5 respiraciones.</p>	
---	--

INTERVENCIÓN:	FUNDAMENTACIÓN
<p>6.- La enfermera realizará un enema cada que sea indicado. (Dependiente)</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>A) Determinar la razón para la administración del enema (p. ej., limpieza gastrointestinal, administración de medicación, reducción de una distensión).</p> <p>B) Verificar la orden del médico para el enema y la ausencia de cualquier contraindicación (p. ej., glaucoma e hipertensión intracraneal).</p> <p>C) Explicar el procedimiento al niño y al cuidador primario, incluida las sensaciones previsibles durante y después del procedimiento (p. ej., distensión y necesidad urgente de defecar).</p> <p>D) Obtener y montar el equipo específico para el tipo de enema.</p> <p>E) Proporcionar intimidad.</p> <p>F) Ayudar al paciente a colocarse en la posición adecuada (p. ej., decúbito</p>	<p>Existen diferentes alternativas para lograr la desimpactación rectal como solución salina, solución de fosfatos, soluciones jabonosas, solución de leche de melaza y aceite mineral con sorbitol. No hay evidencia suficiente para recomendar una más que otra. Las soluciones de fosfatos no se recomiendan para menores de dos años debido al riesgo de hiperfosfatemia e hipo- calcemia. En lactantes la desimpactación rectal puede lograrse con supositorios de glicerina. Es necesario evitar la aplicación de enemas.6 En caso de decidir realizar la desimpactación por vía oral puede utilizarse con polietilenglicol en dosis de hasta 1-1.5 g/kg/día durante 3-6 días continuos con un éxito de 95% y adecuada tolerancia. (De la torre, 2014)</p>

<p>lateral izquierdo con la rodilla derecha flexionada en los adultos y decúbito supino para los niños).</p> <p>G) Colocar paños impermeables o absorbentes bajo las caderas y las nalgas.</p> <p>H) Cubrir al paciente con una manta de baño, dejando sólo la zona rectal descubierta.</p> <p>I) Comprobar que la solución de irrigación está a la temperatura adecuada.</p> <p>J) Técnica:</p> <p>Realizar la higiene de manos.</p> <p>Colocarse guantes no estériles.</p> <p>Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.</p> <p>No elevar el sistema irrigador más de 45cm por encima del recto del paciente.</p> <p>Purgar el sistema y pinzarlo.</p> <p>Lubricar la sonda abundantemente.</p> <p>Separar los glúteos con una mano y visualizar el ano.</p> <p>Con la otra mano introducir la sonda suavemente de 7 a 10cm. y mantenerla sujeta.</p> <p>Abrir la pinza reguladora hasta que el líquido penetre lentamente.</p> <p>Cuando haya pasado toda la solución ó el paciente no tolere más volumen de líquidos, pinzar el tubo y retirar la sonda. Acomodar al paciente.</p> <p>Registrar en la hoja del plan de cuidados la técnica y el momento de realización.</p> <p>Registrar en las observaciones de enfermería la efectividad del enema y las características del contenido evacuado.</p> <p>Cuidados posteriores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar el estado del paciente, por si sufre: molestias abdominales, mareo, 	
---	--

<p>sudoración, hipotensión, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la efectividad del enema. • Ayudarle a la higiene corporal cuando sea necesario. 	
--	--

INTERVENCIÓN:	FUNDAMENTACIÓN
<p>7.- La enfermera y el cuidador primario proporcionarán una dieta alta en fibra. (Dependiente)</p>	
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>A) Comentar con el médico acerca de los probables estreñimientos y hacer la recomendación de un cambio de dieta alta en fibra.</p> <p>B) Administrar: Aporte integral dieta licuada de 1400 kcal en 1300 ml</p> <p>LECHE.....2 tazas CEREAL DE AVENA..... 70 gr GALLETAS MARIAS.....10 pzas POLLO COCIDO SIN PIEL.... 120 gr FRUTA.....4 eq ACEITE VEGETAL....10 ml</p> <p>Ofrecer cuatro tomas de 325 ml cada uno en los siguientes horarios 8:00, 12:00, 16:00, 20:00.</p>	<p>Tras la fase de vaciado, la actuación dietética aislada puede conseguir la regulación intestinal. Deberá utilizarse una dieta equilibrada con un aporte de fibra «suficiente».</p> <p>La cantidad recomendada de fibra en la infancia y adolescencia no está consensuada. La Academia Americana de Pediatría recomienda 0,5 g/kg de peso hasta los 10 años de edad y la Fundación Americana de la Salud recomienda la relación edad (en años) + 5-10 g, hasta un máximo de 25-30 g. No existen datos en menores de 2 años de edad. Las recomendaciones diarias (RDI) contemplan unas cifras muy superiores, entre 19 a 31 g/día, dependiendo de la edad y del sexo. Otro cálculo puede realizarse sobre la ingesta calórica: 10- 12 g de fibra/1.000 kcal. (Bautista, 2011)</p>

EVALUACIÓN

El día 24 de Octubre de 2017 inicia el seguimiento de la necesidad y termina el día 06 de Mayo de 2018 en el Hospital Infantil de México.

Durante el proceso de seguimiento, se logró conocer si la eliminación urinaria, fecal o por pérdidas insensibles era normal, encontrando que la

eliminación fecal estaba en riesgo ya que podía presentar estreñimiento al ser un paciente crónico encamado con falta de actividad física, por lo que se realiza un plan de intervenciones para brindar cuidados al paciente con estreñimiento y así disminuir el riesgo de alteración de la eliminación fecal. Se realizaron 10 seguimientos de la necesidad, 7 en el hospital y 3 por teléfono, aproximadamente 2 veces al mes. En este tiempo se llevaron a cabo todas las intervenciones gracias a que se contó con el apoyo de personal y con el suficiente material para lograr el objetivo, sin embargo, se mantiene en el nivel 4 de dependencia ya que en ocasiones presento estreñimiento, 2 veces durante el proceso de seguimiento (13 de Diciembre de 2017 y 13 de Febrero de 2018) ya que el cuidador primario no cumplía con algunas intervenciones que se llevarían a cabo en el hogar como el masaje en abdomen, alterando así la necesidad de eliminación fecal.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la necesidad higiene R/C falta de fuerza muscular M/P incapacidad de realizar actividades de higiene por sí solo.

Nivel y grado dependencia: 6 Crónica total

Tipo de Prioridad: Alta

Fecha de identificación: 24 de Octubre de 2017 **Rol de enfermería:** Suplencia

Objetivo: El preescolar mantendrá una adecuada higiene a través de las medidas higiénicas que el personal de enfermería y el cuidador primario realizará el tiempo que sea necesario.

INTERVENCIÓN:	FUNDAMENTACIÓN
<p>1.- La enfermera realizará la valoración de la necesidad cada semana. (Independiente)</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Entrevista de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none">• Problemas o limitaciones para realizar su higiene corporal, causas posibles. Preferencias (horarios, productos)• Hábitos higiénicos habituales: Baño o ducha, frecuencia de lavado de cabello higiene dental.• Exigencias concretas (prótesis, ostomías,)• Significado de la higiene personal <p>b) Realizar examen físico-comportamental y observación del entorno.</p> <p>Estado de la piel: Color, textura, turgencia, hidratación, temperatura, zonas interdigitales y submamaros, presencia de lesiones. Lengua: Húmeda y rojiza. Encías : Rosáceas o alteradas Mucosas: Rosas, húmedas y lisas. Dientes: Blancos, alineados, caries, completos. Condiciones de la casa para realizar la higiene.</p>	<p>Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado ,tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo ,microbios ,etc. (Riopelle, 1993)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera y el cuidador primario brindarán medidas de higiene. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Colocar toallas, jabón y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño. b) Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia). c) Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (su manta o juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento. d) Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. e) Mantener rituales higiénicos como lavado de manos, mantener unidad limpia y proporcionar un área segura y limpia para el niño. 	<p>El poder proporcionar medidas de higiene y objetos personales que le permitan obtener una experiencia de calidad dentro de las instalaciones del hospital, al igual, que en su hogar, permite al paciente desarrollarse de mejor forma durante su recuperación.</p> <p>La higiene personal del paciente tiene como objetivo conservar la piel y las mucosas en buen estado para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias. (Florez, 2010)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera y el cuidador realizarán el baño de esponja diariamente. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Preparar el material: Un bañador. Un recipiente o jarra con agua fría. Un recipiente con agua caliente. Un balde para agua sucia (si no cuenta con baño o lavamanos). Una toalla (si es posible de baño). Un mitón o paño. Una toalla de cara (exclusivamente para el uso de esta área). 	<p>Durante el baño o la ducha diaria se buscara la limpieza de la cara, manos, cabello, los genitales y los pies; resultando en una medida que controlara tanto olores naturales producidos por la transpiración, como la presencia de gérmenes y bacterias que puedan afectar la salud del paciente.</p> <p>Siendo que los pacientes discapacitados representan un mayor grado de dificultad para el baño, estos necesitaran de asistencia para efectuarlo de forma correcta. (Ghazoul, 2014)</p>

Un jaboncillo (utilizar una jabonera).
Torundas de algodón.
Tijeras o cortaúñas.
Ropa de cama.
Pijama hospitalaria
Loción o crema para piel (opcional).
Talco (opcional).
Bolsa de desperdicios (plástica).

b) Realizar baño de esponja

1. Lavarse las manos.
2. Saludar y presentarse con el niño y su familiar.
3. Explicar el procedimiento a seguir, solicitar su cooperación.
4. Preparar el equipo y llevarlo a la unidad.
5. Disponer el equipo en un sitio conveniente (mesa de noche o mesa de sobre cama).
6. Cerrar las ventanas, correr las cortinas, colocar un biombo o improvisar cualquier medida a fin de dar privacidad al paciente.
7. Colocar al niño en posición decúbito dorsal plana.
8. Aflojar la ropa de la cama por los costados (todo el borde).
9. Retirar el cubrecama y frazadas colocando las mismas en una silla o bien en el respaldo de la cama, aprovechar el momento y colocar las sabanas que se van a cambiar según el orden de uso.
10. Retirar la almohada (si no es muy incomodo para el paciente) y colocar también en la silla.
11. Mantener la sabana superior para cubrir al paciente.
12. Acercar al paciente al borde de la cama del lado proximal sin descubrirlo.
13. Verter agua fría y caliente en el bañador, mantener la temperatura adecuada de 36° o según la tolerancia del paciente. (previa verificación propia u opinión del cuidador primario).
14. Colocar la toalla sobre el pecho del paciente en sentido transversal.
15. Hacer una manopla con el mitón de baño, humedecerla , exprimirla e iniciar el baño en el orden siguiente:

<p>-Limpiar los ojos desde el ángulo interno hacia el externo, empleando una porción diferente del paño o mitón para lavar cada párpado, dirigiendo los movimientos, de la nariz o la sin (no utilizar el jaboncillo).</p> <p>-Enjuagar el mitón, exprimirlo y enjabonarlo.</p> <p>-Lavar la cara empezando por la frente, las mejillas, las orejas y el cuello.</p> <p>d) Enjuagar y secar, utilizando la toalla que se encuentra sobre el tórax anterior del paciente.</p> <p>16. Colocar la toalla debajo del brazo opuesto del lado en que se encuentra usted.</p> <p>-Lavar, enjuagar y secar el brazo con movimientos rotatorios, empezar por la mano llegar al hombro y terminar en la axila.</p> <p>-Ofrecer al paciente la oportunidad de remojar las manos en el bañador con agua jabonosa por varios minutos.</p> <p>-Proceder al cuidado de las uñas (puede ser opcional según los medios con los que se cuente, de lo contrario se realizara el cuidado de las uñas al terminar todo el baño de esponja).</p> <p>d) Colocar la toalla para lavar, enjuagar y secar el otro brazo (es decir el proximal a usted).</p> <p>17. Colocar la toalla sobre el cuerpo del paciente no debajo de la ropa de cama, cubrir el tórax anterior y el abdomen.</p> <p>-Para lavar el pecho del paciente, se pude levantar la toalla con una mano, mientras se introduce la otra por debajo de la toalla para hacer la limpieza correspondiente.</p> <p>-Usar una esquina del mitón o una gasa para limpiar y retirar impurezas de la zona del ombligo.</p> <p>-Lavar, enjuagar y secar todo el tórax y el abdomen.</p> <p>18. Pedir al paciente que se acomode en posición lateral o en decúbito ventral, sin descubrirlo y ayudarlo si es necesario.</p> <p>-Poner la toalla sobre el cuerpo del paciente por debajo de la ropa de cama, exponer la</p>	
--	--

<p>parte que se va a bañar.</p> <p>-Si el paciente esta en posición decúbito lateral izquierdo, usted lavara el lado derecho.</p> <p>-Utilizar el mitón enjabonado y lavar desde la nuca hasta la región glútea, enjuagar y secar el área.</p> <p>-Cambiar de posición lateral al paciente y lavar desde la nuca hasta la región glútea, enjuagar y secar el área.</p> <p>-Aprovechar la posición lateral o ventral para dar un masaje dorsal, utilizando talco o loción.</p> <p>- Ayudar al paciente a voltearse a posición dorsal.</p> <p>-Colocar el camisón limpio y recogerlo en la cintura.</p> <p>19. Cubrir al paciente con la ropa superior de la cama y dejar al descubierto el miembro inferior distal al lado del que usted se encuentra.</p> <p>-Ayudar al niño según lo necesite a flexionar la rodilla para que las plantas de los pies queden apoyadas sobre la cama.</p> <p>-Extender una toalla debajo de la pierna, hacia los pies.</p> <p>-Colocar un bañador sobre la toalla extendida y hacer que el paciente introduzca e pie en el bañador para su remojo y aseo.</p> <p>-Utilizar siempre el mitón en forma de manopla, lavar, enjuagar y secar iniciando con el pie para terminar en la ingle.</p> <p>-Cubrir la pierna limpia y proceder de igual manera con la otra.</p> <p>20. Concluir con la limpieza de la zona púbica y rectal. La zona genital, perineal y rectal debe quedar completamente limpia, libre de secreciones y olores desagradables: Lavar primero el pene y testículos. Enjuagar. Retraer el prepucio del pene y lavar el glande. Enjuagar. Subir de nuevo el prepucio a su posición para evitar edema de glande.</p>	
--	--

<p>Poner al paciente en decúbito lateral. Lavar zona anal con esponja distinta. Enjuagar de arriba hacia abajo. Secar bien. Aplicar solución antiséptica si el paciente presenta sonda vesical o heridas. Enjuagar y secar bien la zona</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Quitar la pijama hospitalaria y colocar una limpia. 22. Proporcionar los medios para el cuidado del cabello. 23. Arreglar la cama, cambiando la ropa según la necesidad. 24. Dejar al paciente cómodo y la unidad bien arreglada. 25. Hacer el registro correspondiente, indicando la hora, condiciones del paciente y observaciones en relación al estado y conservación de piel y apéndices. 26. Dar cuidados posteriores al equipo. <ol style="list-style-type: none"> a) Retirar la ropa sucia. b) Lavar el equipo, secarlo y guardarlo. 	
--	--

<p>INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera y el cuidador primario brindarán cuidados a las uñas de pies y manos. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES: Realizar la limpieza y cuidado de las uñas.</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Preparar el material <ul style="list-style-type: none"> • Un bañador. • Una jarra de agua tibia. • Un jaboncillo (en barra o líquido). • Mitón. • Toalla. • Limpia uñas con tijera y / o cortaúñas. • Loción o rema de manos (opcional). 	<p>Los pies y manos son partes fundamentales para cualquier niño, sin embargo, su descuido puede provocar una infección por la falta de higiene, en piel y uñas. Su correcta limpieza será fundamental para el paciente, ya que se utilizaran utensilios que podrían dañar la integridad de éste. Proporcionar una higiene y cuidados de pies y uñas adecuada, aumentando su confort y bienestar, evitándole infecciones o lesiones de los pies y uñas. (Grupo de Protocolización, Complejo Hospitalario Jaen, 2016)</p>

<p>b) Realizar procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Lavarse las manos. II. Saludar y presentarse con el niño y su familiar. III. Explicar el procedimiento y propósito a seguir. IV. Preparar el equipo en una bandeja y llevarla a la unidad del paciente. V. Sentar al paciente en una silla confortable o bien elevar la cabecera según la tolerancia o limitaciones del paciente. VI. Colocar una toalla debajo el antebrazo y sobre esta el bañador con agua tibia. VII. Introducir las manos del paciente en el bañador y dejar remojar por varios minutos. VIII. Enjabonar el mitón y lavar bien las manos. IX. Tener especial cuidado en los espacios interdigitales (lavar dedo por dedo). X. Retirar las manos del bañador, cambiar el agua y posteriormente enjuagarlas. XI. Retirar las manos del bañador y secarlas con una toalla. XII. Colocar las toallas encima la cama para proceder al recorte de uñas (con una bolsa de desperdicios). XIII. Retraer la cutícula de la uña con la toalla o con materiales de corte manicure. XIV. Realice el corte de uñas con un corte recto evitando dar ángulos o rebordes excesivos de las uñas, practicar el procedimiento con todas las uñas. XV. Evitar cortes irregulares, si se tiene a disposición la lima de uñas, utilizarla para afinar los bordes. XVI. Finalmente aplicar una loción o crema para manos. XVII. Retirar el equipo y dar cuidados posteriores a su uso. XVIII. Lavarse las manos para evitar diseminación y contaminaciones posteriores. 	
---	--

c) Observar si se produce algún cambio en las uñas.	
---	--

INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera y el cuidador primario brindarán cuidados a los oídos (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Monitorizar las estructuras anatómicas en busca de signos y síntomas de infección (p. ej., inflamación tisular y drenaje). b) Limpiar el oído externo con un dedo envuelto en una gasa. c) Instruir al paciente sobre el modo de limpiar los oídos. d) Controlar la acumulación excesiva de cerumen. e) Instruir al cuidador primario para que no use objetos extraños más pequeños que su punta del dedo (p. ej., bastoncillos de algodón, horquillas, palillos y otros objetos afilados) para la extracción del cerumen). f) Extraer el exceso de cerumen con el extremo retorcido de un paño mientras se tira de la oreja hacia abajo. g) Instruir al cuidador primario sobre el modo de controlar la exposición persistente a ruidos intensos. 	<p>El mantener los oídos con una limpieza óptima dará como resultado eliminar posibles infecciones o inflamaciones dentro de estos, por lo cual es beneficioso para el paciente que el cuidador primario conozca la técnica correcta, al igual, que los instrumentos necesarios para poder llevarlo a cabo.</p> <p>Es conveniente evitar que el agua entre a los oídos. No se deben introducir objetos como: ganchos, pinzas, palillos u otros. Su aseo debe hacerse de manera periódica. (Ghazoul, 2014)</p>

INTERVENCIÓN: 6.- La enfermera y el cuidador primario brindarán cuidados al cabello. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Lavar y acondicionar el pelo, masajeando el champú y el acondicionador en el cuero cabelludo y el pelo. b) Secar el cabello con secador a baja temperatura para no quemar el cuero cabelludo. c) Controlar el estado del pelo y del cuero cabelludo, incluidas las anomalías (p. ej., pelo seco, áspero o quebradizo, infestación por parásitos, caspa y deficiencias nutricionales). d) Aplicar una pequeña cantidad de aceite en las zonas de cuero cabelludo seco o descamativo. e) Realizar un peinado estético del pelo. f) Solicitar una cita con un barbero o peluquero para cortar el pelo. g) Cepillar o peinar el pelo usando un peine o recogedor de púas anchas. h) Preparar los materiales para la limpieza del cabello (palangana, accesorio para enjabonar, paño impermeable, toalla, champú y acondicionador). i) Evitar que el paciente se enfríe durante el lavado (ajustar la temperatura ambiente y proporcionar toallas calientes). j) Instruir al paciente o a los progenitores sobre los cuidados capilares (p. ej., limpiar el cuero cabelludo y el pelo del lactante y prevenir la infestación por parásitos). 	<p>La higiene del cabello representara una mejor calidad en su atención hospitalaria, reduciendo la ansiedad y tensión que pueda ocasionar el tenerlo sucio o, en su defecto, mojado por el baño.</p> <p>Se recomienda una evaluación completa de las necesidades y preferencias personales para prestar una atención adecuada y reducir la angustia o malestar de los pacientes. (Florez, 2010)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 7.- La enfermera y el cuidador primario realizarán un aseo oral cada 8 horas. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar asepsia de la boca con gasa y agua, con ayuda del dedo índice cubrir con la gasa e introducir el dedo para limpiar los dientes, las encías y la lengua. b) Cuando sea posible realizar cepillado dental con técnica de fones para preescolares: c) Realizar movimientos circulares sobre las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes y en las caras oclusales e incisales se realizan movimientos anteroposteriores. d) Se recomienda que el niño o la madre sujeten el cepillo firmemente y realicen movimientos circulares de un lado a otro de la hemiarcada. e) La limpieza por la zona vestibular facilita que el niño permanezca con la boca cerrada, evite que ingiera crema dental. f) Los movimientos circulares deben ser realizados 15 veces por área con el propósito de remover la placa bacteriana. 	<p>EL cuidador primario será responsable de la limpieza correcta de la boca, siendo este uno de los principales focos de infección por descuido. Por lo cual el conocer la forma exacta en la que se llevará a cabo servirá para la comodidad del paciente y una mejora en la higiene.</p> <p>La boca inicia el proceso de digestión de los alimentos y desempeña un importante papel en la comunicación oral y gestual, pero también da origen a problemas de salud, la mejor forma de prevenirlos es haciendo una adecuada y periódica limpieza de dientes, encías y lengua. (Ghazoul, 2014)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 8.- La enfermera y el cuidador primario vigilarán el estado de la piel. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. b) Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay 	<p>Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene, confort y seguridad, conservando el buen estado de hidratación de la piel. Fomentando el cuidado por parte del cuidador primario, manteniendo una estricta observación sobre cualquier signo patológico en la piel y estado</p>

<p>edema y ulceraciones en las extremidades.</p> <p>c) Valorar el estado de la zona de incisión de catéteres</p> <p>d) Vigilar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>e) Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.</p> <p>f) Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.</p> <p>g) Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</p> <p>h) Observar si hay zonas de presión y fricción.</p> <p>i) Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.</p> <p>j) Documentar los cambios en la piel y las mucosas.</p> <p>k) Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).</p> <p>l) Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.</p>	<p>general del paciente.</p> <p>Se recomienda el uso diario de cremas emolientes para proteger la piel. Las sustancias emolientes hidratan la piel y actúan de la misma manera que los aceites naturales que sirven para proteger la capa externa de la piel. (Ghazoul, 2014)</p>
---	---

EVALUACIÓN

Inicia el seguimiento de la necesidad el día 24 de Octubre de 2018 y finaliza el 11 de Mayo de 2018; se realizaron 18 seguimientos de la necesidad, 15 intrahospitalarios y 1 extrahospitalario (en el hogar). Al conocer a A. se pudo observar que tenía una dependencia en la necesidad ya que él no podía realizar las actividades cotidianas de higiene para la edad por lo que se realiza un plan de intervenciones para disminuir el nivel de dependencia manteniendo una adecuada higiene en el niño y brindando los cuidados

necesarios a la piel. Para esto se llevaron a cabo todas las intervenciones planeadas y se verifico que el cuidador primario lo realizara, contando con el recurso humano y material adecuado para disminuir el nivel de dependencia de un grado 6 a un 5, que seguirá siendo crónica aunque será una necesidad cubierta gracias a los cuidados brindados por enfermería y el cuidador primario en el hogar.

A. continúa sin poder realizar las actividades de autocuidado, sin embargo, son satisfechas por el cuidador primario.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: Vestido / Desvestido y Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: Dependencia en la necesidad de vestir y desvestir R/C falta de fuerza M/P Incapacidad para ponerse o quitarse prendas de vestir necesarias.

Nivel y grado dependencia: 6

Tipo de Prioridad: Media

Fecha de identificación: 24 de Octubre de 2017 **Rol de enfermería:** Suplencia

Objetivo: El preescolar vestirá prendas de vestir adecuadas para la edad y lugar donde se encuentre con ayuda del cuidador primario y el personal de enfermería todo el tiempo que sea necesario.

INTERVENCIÓN:	FUNDAMENTACIÓN
1.- La enfermera realizará la valoración de la necesidad cada mes. (Independiente)	
ACTIVIDADES: A) Entrevista de enfermería en el primer seguimiento Limitaciones físicas Limitaciones psíquicas Preguntas de interés: Significado de la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad. Creencias con respecto al significado de las maneras de vestir. Poder de decisión sobre la ropa que viste. Conocimiento sobre la relación calidad/cantidad de ropa necesaria para los requerimientos de su propio cuerpo y la temperatura ambiente. Prendas de vestir o accesorios con significación especial. Limitación los requerimientos en esta necesidad relacionadas con sus creencias y valores. B) Examen físico comportamental y observación del entorno. Peso y Talla Aspectos del vestido: vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situación Tipo y cantidad de accesorios. Observación del entorno Espacio para guardar la ropa limpia y sucia.	La necesidad de vestirse y desvestirse ha acompañado al hombre desde su propia existencia cumpliendo diferentes funciones en relación a las diferentes épocas o etapas de la historia de la humanidad. El ser humano, a diferencia de los animales, no tiene ni plumas, ni escamas ni pelaje para proteger su cuerpo. Por esto, si quiere sobrevivir, debe llevar ropas para protegerse del rigor del clima. La satisfacción de esta necesidad o lo que es más exacto, la manera de satisfacerla ha desviado la atención hacia el cumplimiento de otras necesidades como sentirse seguro, realizarse, comunicación... llegando a ser en algunos momentos un problema de salud el ajustar la satisfacción de esta necesidad a tantos requerimientos. (Riopelle, 1993)

INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera reforzara los conocimientos al cuidador primario sobre el vestido adecuado al niño. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>A) Vestir al niño después de completar la higiene personal en casa.</p> <p>EQUIPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pijama . - Ropa interior o pañal - Calcetines, si son necesarios. - Bolsa azul para la recogida de ropa sucia. <p>PROCEDIMIENTOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar el nivel de dependencia. 2. Higiene de manos del personal sanitario. 3. Preparar el material. 4. Preservar la intimidad del niño cerrando la puerta. 5. Comunicar al niño la actividad que se le va a realizar. 6. Evitar corrientes de aire y proteger al paciente de caídas.. 7. Colocar al paciente en decúbito supino o “boca arriba”. 8. Desabrochar la manga y extraer primero la de uno de los brazos. 9. Introducir, en el mismo brazo, la manga del ropón limpio. 10. Proceder de la misma forma en el otro miembro superior. 11. Abrochar la camisa. 12. Bajar la sábana con la que previamente hemos cubierto los genitales y desabrochar el pantalón. 13. Bajar el pantalón y retirarlo. 14. Colocar el pantalón limpio de la misma forma (primero un miembro inferior y después el otro) y abrocharlo. 	<p>Lo que en un principio cumplía una función de protección del cuerpo de las inclemencias del tiempo, desarrollándose toda una tarea para determinar qué tejidos eran los más adecuados en relación al clima (que fueran, en base al tipo de material, buenos o malos conductores de calor), pasó a cumplir una función social de clasificación de la población o de revelación contra la norma establecida. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Además de permitir asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, la ropa también indica la pertenencia a un grupo, a una ideología o a un status social. A la vez también puede convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.</p> <p>La satisfacción de esta necesidad por tanto, iría desde la concordancia con el clima a la coherencia con su patrón cultural.</p> <p>La elección del vestido o traje constituye una diversión para todas las personas, ya sean jóvenes o viejas. El interés individual por el aspecto físico es universal entre todos los individuos normales y sanos. (Riopelle, 1993)</p>

<p>15. Acomodar al niño en una posición correcta y cómoda para él.</p> <p>17. Desechar la ropa sucia en el depósito seleccionado.</p> <p>18. Recoger el material.</p> <p>19. Realizar lavado de manos.</p>	
--	--

INTERVENCIÓN:	FUNDAMENTACIÓN
<p>3.- La enfermera vestirá al niño después de completar la higiene personal durante su estancia hospitalaria. (Independiente)</p> <p>ACTIVIDADES: <u>Paciente con sueroterapia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Para desvestir, proceder a la abertura del camisón o chaquetilla de pijama. •Sacar a través de la manga del camisón el brazo libre, después el brazo con el sistema de suero. •A la hora de vestir, enrollar la manga del camisón correspondiente al brazo portador de la perfusión e introducirlo a través de ella. A continuación introducir el brazo libre por la otra manga del camisón o chaquetilla. •Verificar el perfecto estado del sistema de goteo. <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Para vestir a pacientes con una extremidad inmovilizada y la contra lateral con sueroterapia, se hará primero la extremidad inmovilizada y posteriormente la extremidad con sueroterapia. <p>Mantener al niño sin vestir sólo cuando su estado físico lo requiera (enfermos en postoperatorio inmediato, unidades especiales, etc).</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cuando el niño lleve camisón abierto, atar sólo las cintas del cuello mientras permanezca en la cama. 	<p>Los objetivos del vestido del niño hospitalizado son:</p> <p>Conocer los gustos y el significado de la ropa para el niño o cuidador primario.</p> <p>b) Enseñanza relacionada con la ropa requerida según el clima, la actividad, etc.</p> <p>c) Animar al autocuidado y potenciarlo cuando sea posible.</p> <p>d) Satisfacer el deseo del paciente de tener un aspecto limpio y una correcta higiene personal, para intentar que consiga estar lo más cómodo posible consigo mismo, así como ayudarlo a sentirse seguro.</p> <p>e) Ayudar al paciente a vestirse y desvestirse en caso de ser necesario, respetando la intimidad del paciente en todo momento. (Pérez, 2013)</p>

<p>•En situaciones especiales que, por la gravedad o la urgencia de la situación clínica, se retirará al niño su propia ropa, ésta se introducirá en una bolsa identificándola con el nombre y los apellidos del paciente</p>	
---	--

<p>INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera realizará el cambio de ropa de cama durante su estancia hospitalaria diariamente y verificara el conocimiento del cuidador primario para realizarlo en casa. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p><u>Material y equipo.</u> Guantes Dos sábanas, una clínica y una estándar Bolsa para ropa sucia. Aposito para limpiar la cama empapada de Alcohol al 70%</p> <p><u>Procedimiento:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Informar al paciente del cambio de ropa de cama que se va realizar. b) Proteger la intimidad del paciente durante el procedimiento. c) Colocarse guantes. d) Colocar la cama en posición horizontal. e) Aprobar la cama. f) Retirar las sábanas y depositarlos en la bolsa correspondiente g) Colocar al paciente en decúbito lateral procurando mantener la alineación corporal, enredando en la sábana interior sucia y la entremetida hacia el centro de la cama. h) Comprobar el buen estado de la funda del colchón. i) Limpiar el colchón con alcohol al 70%. j) Colocar sábana interior limpia, enrollándola hasta el centro de la cama y fijando las dos esquinas. k) Colocar la entremetida, y la clínica, junto con el pañal en el mismo procedimiento que la sábana inferior. l) Girar al paciente hacia el otro lado ya limpio, retirando la sábana sucia y depositarlo directamente en las bolsas de ropa. 	<p>La principal función de la piel es la de servirnos como barrera de protección frente a las agresiones exógenas e incluso endógenas. Dentro de las exógenas y referidas al paciente encamado, nos encontramos con agresiones producidas por la fricción por el roce contra las sábanas, la humedad que produce un aumento de la flora bacteriana en las sábanas. La cicatrización de pequeñas lesiones se ve perjudicada por un aumento de la carga bacteriana e incluso la temperatura corporal, la temperatura ambiental por exceso de calor es otro factor que también influye. Estos factores pueden acelerar el desencadenante de encontramos con una piel seca y frágil. (Palomar, 2010)</p>

<ul style="list-style-type: none"> m) Estirar la ropa limpia remitiéndole debajo del colchón, ajustando las esquinas restantes y evitando arrugas. n) Ayudar al paciente a colocarse en una posición cómoda y adecuada a su situación. o) Extender la sábana de arriba limpia sobre el paciente. p) Recoger el material 	
---	--

<p>INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera brindara recomendaciones de ropa adecuadas para la edad y sexo del paciente. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Explicar al cuidador primario la importancia del vestido y desvestido del niño. b) Realizar algunas recomendaciones de cómo vestir al niño en cuanto los siguientes factores: <p>Edad: Utilizar ropa lo más cercano a la edad del niño para que ajuste a extremidades y tenga una buena protección.</p> <p>Peso y Talla: conociendo el estado nutricional del niño, adaptar la ropa necesaria para que el niño sienta comodidad y ajuste a sus prendas.</p> <p>Sexo: utilizar ropa adecuada al sexo masculino, con personajes infantiles que al niño le agraden si es posible.</p> <p>Presencia de Enfermedad: Durante la estancia hospitalaria, recordar el uso obligatorio de bata hospitalaria, debe estar acorde a su edad y tamaño, limpia, para permitir libertad de movimientos, facilitar el acceso a aquellas zonas del paciente que necesiten una manipulación o visualización</p>	<p>Lo que en un principio cumplía una función de protección del cuerpo de las inclemencias del tiempo, desarrollándose toda una tarea para determinar qué tejidos eran los más adecuados en relación al clima (que fueran, en base al tipo de material, buenos o malos conductores de calor), pasó a cumplir una función social de clasificación de la población o de revelación contra la norma establecida. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Además de permitir asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, la ropa también indica la pertenencia a un grupo, a una ideología o a un status social. A la vez también puede convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.</p> <p>La satisfacción de esta necesidad por tanto, iría desde la concordancia con el clima a la coherencia con su patrón cultural.</p> <p>La elección del vestido o traje constituye una diversión para todas las personas, ya sean jóvenes o viejas. El interés individual por el aspecto físico es universal entre todos los individuos normales y sanos. (Henderson, 1988)</p>

<p>frecuentes, proteger adecuadamente del frío o del calor, y que no hieran la imagen del paciente.</p> <p>Clima: Para luchar contra el calor y la humedad, llevar ropa blanca, ligera y ancha favorece la evaporación del calor, mientras que las ropas de color y ajustada y de tejidos malos conductores ayudan a mantener bajo mínimo la pérdida de calor. Utilizar ropa de algodón todo el tiempo si es posible para evitar pérdidas de calor o sudoraciones excesivas.</p>	
--	--

EVALUACION

Inicia el seguimiento de la necesidad de vestido y desvestido el 24 de octubre de 2017 y finaliza el 11 de Mayo de 2018, realizando 20 seguimientos de la necesidad, 15 intrahospitalarios y 5 extrahospitalarios (en el hogar y cada que asistía a consulta)

Se observa la dependencia de la necesidad al detectar que A. no tenía la fuerza para realizar el vestido y desvestido por sí mismo, por lo que se realiza un plan de intervenciones para lograr disminuir el grado de dependencia, realizando actividades que favorezcan el vestido del niño. Sin embargo, durante la estancia hospitalaria el niño se encontraba completamente descubierto, solo en ocasiones cubierto con sabana hospitalaria debido a picos febriles que llegaba a presentar o para una mejor observación del personal de salud debido a patología. Posteriormente a ser dado de alta, y al continuar con los seguimientos en cada consulta, se observa que el cuidador primario cumplía con las intervenciones y recomendaciones propuestas en el plan, lo que logro obtener una disminución en la dependencia al vestir ropa adecuada para la edad, sexo y clima de cada momento.

Es importante mencionar que aunque no se utilizaba la bata hospitalaria, el hospital si contaba con batas adecuadas para su edad y el apoyo del personal para cumplir con estas intervenciones, logrando la independencia de la necesidad de grado 4 a 2.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: Comunicación y Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: Dependencia crónica permanente de la comunicación verbal R/C daño neurológico M/P no poder hablar e incapacidad para comunicarse

Nivel y grado dependencia: 6

Tipo de Prioridad: Alta

Fecha de Identificación: 28 de Octubre de 2017

Rol de

enfermería: Suplencia

Objetivo: El preescolar mejorará la comunicación a través de terapias para estimular los órganos de los sentidos.

<p>INTERVENCIÓN: 1.- La enfermera realizará la valoración de la necesidad cada mes. (Independiente)</p>	<p>AFUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Recogida de datos: ¿Habla? ¿Atiende cuando le hablan? ¿Puede ver? ¿Puede escuchar? ¿Percibe texturas, temperaturas? ¿Hace gestos al oler algo desagradable?</p> <p>b) Exploración del funcionamiento de los sentidos: vista, oído, olfato, gusto y tacto. - Flujo verbal: ritmo (hablar deprisa o despacio), lenguaje, léxico - Expresión no verbal: movimientos manos, posturas, expresión facial, mirada.</p>	<p>La comunicación es un proceso que comprende comportamientos y mensajes que ocurren entre personas, es la suma total de todos los elementos conscientes e inconscientes que ocurren cuando la gente esta junta. En el intercambio de comunicación se expresan: Sentimientos, opiniones, información, experiencias, etc. (Riopelle, 1993)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera mejorará la comunicación durante su estancia hospitalaria (Interdependiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla (p. ej., memoria, audición y lenguaje).</p>	<p>El lenguaje es un medio de comunicación a través de un sistema de símbolos. Mediante éste el niño será capaz de relacionarse con sus semejantes y exponer sus deseos y necesidades de forma más precisa. La adquisición del habla requiere que el niño sea expuesto al lenguaje y poseer las</p>

<ul style="list-style-type: none"> b) Instruir al paciente o la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla. c) Monitorizar al niño para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla. d) Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación. e) Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (p. ej., tableta de escritura, tarjetas, parpadeo, tabla de comunicación con imágenes y letras, señales con la mano u otros gestos, ordenador). f) Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., situarse frente a él al hablar, presentar una idea o pensamiento cada vez, hablar despacio evitando gritar). g) Modificar el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés emocional (limitar los visitantes y un ruido excesivo de los aparatos). h) Instruir al paciente para que hable despacio ya que con anterioridad si decía “ma” y “pa”. i) Colaborar con la familia y el logoterapeuta o logopeda para desarrollar un plan dirigido a lograr una comunicación eficaz. j) Permitir al paciente que escuche lenguaje hablado con frecuencia. k) Coordinar las actividades del equipo de rehabilitación. 	<p>características biológicas necesarias para descodificarlo y producirlo. Esto implica tener el aparato sensorial adecuado para percibir la entrada del lenguaje, tener un cerebro que pueda descubrir y pueda aprender la estructura subyacente del lenguaje y un aparato articulatorio que pueda programarse para producir los sonidos del habla.</p> <p>Los trastornos del lenguaje pueden aparecer si el niño tiene una inadecuada exposición al lenguaje o si padece condiciones médicas que afecten las bases biológicas para el aprendizaje de éste.</p> <p>(Molina, 2010)</p>
--	--

<p>INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera aumentará los sistemas de apoyo durante su estancia hospitalaria y motivara al cuidador primario para que lo haga en casa. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. b) Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. c) Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados. d) Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. e) Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. f) Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo. g) Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación. h) Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador. 	<p>Sistemas con apoyo: Conjunto estructurado de códigos no vocales: Estos códigos pueden que necesiten o no de un soporte físico, es decir, pueden que necesiten para su expresión algún medio más allá del cuerpo humano o puede que sea alguna parte del cuerpo humano, pero no necesariamente los órganos fono-articulatorios. Permiten tener funciones de representación y sirve para llevar a cabo actos de comunicación. Se pueden utilizar códigos no vocales en combinación con códigos vocales para aumentar la legibilidad del lenguaje o combinar dos códigos no vocales por ejemplo, uno para producción y otro para comprensión. (Jambat, 2014)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera fomentará la normalización familiar. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que el niño se convierta en el centro de la familia. 	<p>La familia ejerce un papel crucial en el manejo de los cuidados del niño enfermo crónico. Las limitaciones del niño tendrán un impacto en todo el conjunto de la familia, esto modificará la interrelación establecida entre los diferentes miembros, tanto en la pareja, como la relación que se establezca con el niño enfermo o la interacción que se</p>

<ul style="list-style-type: none"> b) Ayudar a la familia a que vea al niño afectado primero como a un niño, en lugar de como a una persona enferma crónica o discapacitada. c) Dar la oportunidad al niño para que tenga experiencias normales de la niñez. d) Quitar importancia a la singularidad de la condición del niño. e) Animar a los progenitores a que hagan parecer al niño lo más normal posible. f) Ayudar a la familia a realizar cambios en el ambiente hogareño que disminuyan el recuerdo de las necesidades especiales del niño. g) Establecer las adaptaciones necesarias para acomodar las limitaciones del niño, para que pueda participar en actividades normales. h) Ayudar a la familia a solicitar un sistema escolar que asegure el acceso a programas educativos adecuados. i) Animar a los progenitores a que tengan las mismas expectativas y utilicen las mismas técnicas con el niño afectado que con los otros niños de la familia. j) Determinar la necesidad de cuidados por relevo para los progenitores y demás cuidadores. k) Animar a los progenitores a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales. l) Animar a la familia a mantener los hábitos, rituales y rutinas normales. 	<p>genere entre los hermanos. Y no sólo afectará a las relaciones, sino también a la situación profesional de los padres. Los diferentes miembros dispondrán de menos tiempo para realizar actividades sociales y recreativas, es posible que se generen unas necesidades de adaptación del domicilio, una mayor carga económica, aislamiento social, modificación de los objetivos de la familia y como consecuencia de todo esto, cambios a nivel emocional.</p> <p>El abordaje terapéutico integral en la familia pretende facilitar un proceso de normalización de los diferentes miembros de la familia a lo largo de todo el trayecto de la enfermedad crónica. Sabemos que cada realidad es diferente y que el tipo de enfermedad crónica potenciará y agravará unas determinadas conductas, sin embargo el grupo familiar también hallará diversos puntos en común para asumir la nueva situación de la forma más óptima. (Gimeno, 2017)</p>
---	--

INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera mejorara la comunicación a través de la audición. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Monitorizar la acumulación excesiva de cerumen. b) Instruir al cuidador primario para que no utilicen cuerpos extraños más pequeños que la yemas de sus dedos (p. ej., bastoncillos de algodón, horquillas, palillos dentales y otros objetos afilados) para extraer el cerumen. c) Extraer el exceso de cerumen con el extremo enrollado de una gasa mientras se tracciona hacia debajo de la oreja. d) Observar y documentar el método de comunicación realizado por el niño (p. ej., gestos o expresiones faciales) en el plan asistencial. e) Lograr la atención del niño antes de hablarle (es decir, lograr su atención mediante el contacto). f) Evitar ambientes ruidosos a la hora de comunicarse. g) Evitar comunicarse a más de 1 m del niño. h) Utilizar gestos cuando sea necesario. i) No gritar al niño. j) Facilitar la labiolectura poniéndose directamente frente al paciente en un lugar bien iluminado. k) Pedir al cuidador primario que sugiera estrategias para mejorar la comunicación (p. ej., hablar hacia el mejor oído y moverse a una zona bien iluminada). l) Ponerse directamente frente al paciente, estableciendo el contacto 	<p>Se podría decir que la destreza auditiva tiene tanta o más importancia que la destreza oral, dado que la una no funciona sin la otra, ya que hablar por el hecho de hablar, no constituye mayor mérito si lo que decimos no es recibido por otra persona. En este sentido escuchar se convierte en un componente social fundamental para prácticamente todo ser humano, exceptuando quizás las personas que no cuentan con el sentido del oído.</p> <p>la comprensión auditiva precede la producción en todos los casos del aprendizaje de un idioma, y no puede haber producción a menos que se dé el estímulo lingüístico (linguistic input) y, que éste, a su vez, se convierta en material comprensible (comprehensible intake) para la persona que escucha. La comprensión es importante no sólo porque precede la producción lógica y cronológicamente, sino especialmente porque parece ser el mecanismo básico por medio del cual se internalizan las reglas del lenguaje. (Cordoba, 2005)</p>

<p>ocular y evitando girarse a mitad de la frase.</p> <p>m) Simplificar el lenguaje (es decir, no utilizar jerga y emplear frases cortas y sencillas).</p> <p>n) Utilizar una voz más baja y profunda al hablar.</p> <p>o) Remitir al paciente al profesional de asistencia primaria o al especialista para la evaluación, tratamiento y rehabilitación auditiva.</p>	
---	--

<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>6.- La enfermera enseñará al cuidador primario cómo realizar una terapia como estimulación basal y la estimulación multisensorial: Área somática, dos veces a la semana. (Interdependiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Preparar material disponible: Aceite o crema</p> <p>b) Una vez lista la sala y con todo lo necesario a nuestro alcance, antes del primer contacto asegurarse que las manos estén libres de anillos, pulseras, relojes, uñas largas.</p> <p>c) Realizar masaje Shantal, iniciar en el Pecho</p> <p>Frotar las manos con aceite. Colocar al niño boca arriba. Comenzar el masaje poniendo ambas palmas al centro del pecho del niño, que se van separando siguiendo la dirección de las costillas, como si alisara las hojas de un libro abierto. Luego recorrer con delicadeza la mano desde el costado, a la altura de su cintura, cruzando las manos para llegar al hombro contrario. Continuar el movimiento alternando en ambas direcciones. "Primero una mano y luego la otra, como si fueran olas de</p>	<p>El objetivo primordial de la estimulación tanto basal como multisensorial es mejorar y optimizar la calidad de vida de las personas plurideficientes gravemente afectadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorecer la respuesta de las conexiones neuronales. ▪ Promover la comunicación a través de la estimulación. ▪ Facilitar la interacción y el desarrollo estableciendo como punto de partida las ▪ necesidades más básicas del ser humano. ▪ Dar forma a su propia vida ▪ Desarrollar e iniciar estrategias de comunicación e insistir en las capacidades sensorio-perceptivas ajustadas a las posibilidades de cada niño. ▪ Facilitar que el niño pueda obtener diferentes experiencias en sí mismo. ▪ Optimizar la calidad de vida del niño gravemente afectado. <p>La estimulación somática es la que recibe sensaciones a través de huesos, músculos, tendones... y desde ella se puede trabajar: Percepción segmentaria corporal: trata de estimular un miembro o hemicuerpo (mitad</p>




<p>mar”.</p> <p>d) Continuar con brazos, muñecas y manos</p> <p>Girar al niño sobre un costado y con su mano izquierda tomar delicadamente la mano del niño para extender su bracito. Con la mano derecha forme una pequeña pulsera que desde su hombro deslizará a lo largo del brazo del niño. Al llegar a la muñeca cambie de mano, continuar el movimiento con su mano izquierda.</p> <p>Demorarse un poco más a la altura de las muñecas y luego, “en la mano masajear con los pulgares la palma y luego los dedos del bebé, como si se buscara hacer fluir la sangre”.</p> <p>e) Dirigirse al abdomen: Partir por la zona del pecho, descendiendo con suavidad por su cuerpo, como si se quisiera vaciar el vientre del pequeño, como si fueran olas de mar. Luego realizar el mismo movimiento, pero con las piernas del niño estiradas y verticales.</p> <p>f) Piernas, tobillos y pies Al igual que los brazos, masajear formando una especie de pulseras con las manos que rodean el muslo y suben a lo largo de la pierna del niño. También se debe tomar más tiempo en el tobillo y el talón, que son regiones esenciales. Finalmente se llega a la planta del pie, que se masajea con los pulgares, primero; y luego, con toda la palma de la mano, desde el talón hacia los dedos.</p> <p>g) Espalda: Colocar al niño boca abajo, en forma transversal a las piernas del cuidador. Con las manos juntas, como estirando una masa con un rodillo o uslero. Sus manos deben trabajar planas; hacia arriba y abajo, realizando un movimiento de vaivén, con suavidad y lentitud, recorriendo transversalmente toda la espalda.</p>	<p>del cuerpo) del niño.</p> <p>Diferenciación segmentaria corporal: estimula un miembro o hemicuerpo del niño, pero se intenta que el niño compare los diferentes estímulos en una zona u otra.</p> <p>Integración segmentaria: también estimula un miembro o hemicuerpo, intenta que compare, pero además trata de que el niño sienta su cuerpo como un todo. (Lázaro, 2002)</p>
---	--

<p>Luego, se trabaja con una sola mano, a lo largo de toda la espalda, subiendo y bajando. Para finalizar se juntan ambas manos, a la altura de las nalgas del niño.</p> <p>h) Cara y baño</p> <p>En el área de la cara masajear en círculos con los pulgares iniciando por el área temporal y en seguida por el resto de la cara. Finalmente se recomienda finalizar el masaje con un baño.</p> <p>i) Explicar al cuidador primario los criterios de evaluación:</p> <p>Observar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante la movilización por parte del adulto de una articulación, el niño muestra cambio de tono, de expresión, placer o displacer. • Ante la movilización de un segmento corporal en los diferentes planos del espacio, el niño necesita menos ayuda para efectuar el movimiento o mantener la articulación. • Ante la elevación de la cabeza del plano del suelo el niño es capaz de mantenerla en la prolongación del eje corporal. 	
---	--


<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>7.- La enfermera enseñará al cuidador primario cómo realizar una terapia como estimulación basal y la estimulación multisensorial: estimulación visual, dos veces a la semana. (Interdependiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>a) Preparar el material disponible:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotografías - Ordenador - Proyector 	<p>Estimulación visual</p> <p>En esta área de estimulación podemos trabajar:</p> <p>Fijación visual: se determina que el niño tiene fijación visual cuando dirige sus globos oculares hacia algo que se le está</p>

<p>b) Realizar actividad: "Los rostros": Enseñar al niño fotografías, bien en papel o puestas en grande en un proyector de personas conocidas para él, para observar si es capaz de fijar la mirada, si reconoce quienes son las personas, si le produce alegría ver esas fotos.</p> <p>c) Explicar al cuidador primario los criterios de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fija la mirada en las fotos - Reacciona ante los rostros mostrados - Reconoce los que se le muestra 	<p>mostrando, o una persona que se está dirigiendo a él en un momento de tiempo determinado.</p> <p>Seguimiento visual: el niño muestra seguimiento visual cuando es capaz de seguir con sus globos oculares movimientos de un objeto que se le está mostrando o de una persona.</p> <p>Percepción del objeto: se entiende por percepción cuando el niño es capaz de reconocer un objeto y también de relacionarlo con su experiencia previa (si posee) y ser capaz de diferenciarlo dentro de un contexto.</p> <p>Coordinación visomotriz: Se determina que existe una coordinación visomotriz cuando el niño es capaz de establecer una relación entre lo que ve y la motricidad, es decir, si puede agarrar/tocar un objeto con las manos o ya después con cualquier otra parte de su cuerpo. (Lázaro, 2002)</p>
---	---


<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>8.- La enfermera enseñará al cuidador primario cómo realizar una terapia como estimulación basal y la estimulación multisensorial: estimulación auditiva, dos veces a la semana. (Interdependiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>a) Preparar el material disponible:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Platos, tenedores, cucharas de plástico. - Todo tipo de material reciclable. - Pinturas, rotuladores. - Folios, cartulinas, papeles, cartón. - Legumbres <p>b) Realizar actividad "Fabricando instrumentos"</p> <p>La finalidad de la actividad es que los niños disfruten fabricando instrumentos con diferentes ayudas y dentro de las posibilidades de cada uno para después poder tocar los diferentes instrumentos fabricados, ver como suenan, hacer</p>	<p>En este campo se trabaja:</p> <p>Reacción auditiva: se determina que hay una reacción auditiva cuando el niño al sentir un estímulo auditivo produce una respuesta del tipo que sea (respiratoria, ocular, algún movimiento)</p> <p>Localización auditiva: se produce la localización auditiva cuando además de una respuesta, el niño orienta la cabeza en la dirección desde donde se produce el sonido.</p> <p>Asociación auditiva: hay asociación auditiva cuando a parte de las dos anteriores, el niño intenta saber qué es lo que produce el sonido, qué persona u objeto es quien lo lleva a cabo.</p> <p>Identificación auditiva: identifica el sonido</p>

<p>diferentes pruebas con ellos, sonidos más graves, más agudos, más ruidosos, ver de dónde viene un sonido, si el niño puede diferenciar el sonido etc.</p> <p>Podemos realizar diferentes instrumentos como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambores con cajas de cartón. - Maracas con latas de refresco metiendo dentro legumbres. - Palos de lluvia. - Xilófono con botellas - Audífonos con sonidos musicales <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p>c) Explicar al cuidador primario los criterios de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reacciona ante estímulos auditivos - Cambia de posición al escuchar un sonido - Disfruta con la actividad <div style="text-align: center;">  </div>	<p>cuando de varios sonidos, el niño es capaz de identificar el que está sonando o quién está produciendo ese sonido. (Lázaro, 2002)</p>
--	--

<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>9.- La enfermera enseñará al cuidador primario cómo realizar una terapia como estimulación basal y la estimulación multisensorial: estimulación táctil, dos veces a la semana. (Interdependiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>a) Preparar el material disponible:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Telas de diferentes materiales. 	<p>Son las sensaciones percibidas a través de la piel y se trabaja: Reacciones defensivas: cuando se produce</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Material reciclable. - Cualquier material con una textura. - Goma eva - Papel de regalo - Papel de burbujas <p>b) Realizar la actividad “Libro de texturas”</p> <p>Esta actividad consiste en crear un libro con diferentes tipos de texturas pegadas en su interior para estimular al niño y que comprenda que existen numerosos tipos de tactos y que no es lo mismo que algo sea suave y liso que rugoso y áspero. También veremos que tacto les gusta más o les es más agradable y cual menos.</p> <p>Se pueden usar todo tipo de materiales para hacer el libro, una vez hecho, el niño podrá disfrutar de las diferentes sensaciones y podremos trabajar las respuestas y el cómo tocar las texturas (mano abierta).</p>  <p>c) Explicar al cuidador primario los criterios de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abre la mano para explorar un objeto - Explora objetos libremente - Reacciona ante estímulos táctiles 	<p>un estímulo a través de la piel se produce un cambio de tono muscular en el niño (movimientos, sobresaltos)</p> <p>Desensibilización y sensibilización táctil: o Desensibilización: consiste en que el niño se habitúe a los estímulos que le llegan por la piel de la palma de la mano, sobre todo para que no siempre ejerza presión.</p> <p>Sensibilización: se trata de un proceso más global, en el que el niño pueda percibir una gran cantidad de estímulos a través de la mano.</p> <p>Activación manual: se entiende por activación manual, que el niño busque voluntariamente con fines perceptivos el sentir o tocar los objetos, siempre se puede partir de la iniciativa del adulto que esté con él en ese momento.</p> <p>Presión manual: se entiende por presión manual que el niño pueda agarrar y soltar objetos de forma voluntaria. (Lázaro, 2002)</p>
---	--

<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>10.- La enfermera realizará una terapia como estimulación basal y la estimulación multisensorial: Estimulación gustativa y olfativa. (Interdependiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>a) Preparar el material disponible</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limón - Chocolate - Perfume 	<p>Estimulación gustativa y olfativa Este apartado lo estudiamos conjuntamente porque se pueden trabajar las mismas cosas en ambos: Desensibilización y sensibilización: tiene como objetivo poder estimular sin que actúen</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Plátano - Jabón - Crema - Vinagre <p>b) Realizar actividad "Reconociendo olores"</p> <p>Este juego consiste en identificar olores, se le ofrecerá al niño un olor, por ejemplo el de una naranja y se le preguntará si sabe lo que es, dependiendo del nivel del niño se dirá oralmente, o mediante un sistema de comunicación alternativo, también se puede a través de la elección preguntándole entre dos o más cosas.</p> <p>c) Explicar al cuidador primario los criterios de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Admite el contacto de diferentes olores - Reacciona ante los diferentes olores 	<p>los reflejos primarios orales, como por ejemplo giros de cabeza o movimientos de pies.</p> <p>Anticipación: se entiende como la capacidad de saber lo que va a ocurrir a través de un estímulo, saber que si se produce un estímulo olfativo o gustativo algo va a cambiar en el medio. (Lázaro, 2002)</p> 
---	---

EVALUACIÓN

El día 28 de Octubre del 2017 inicia el proceso de valoración y seguimiento de la necesidad de comunicación y termina el 120 de Abril del 2018.

Se llevaron a cabo 7 seguimientos intrahospitalarios, 2 por teléfono y 2 externo (1 en casa y 1 cuando asistía a consultas).

Desde que se inició el seguimiento la necesidad de comunicación verbal se conoció afectada ya que A. no podía hablar, por lo que se propuso conocer si existían otras formas de comunicación con él. Para esto se estructuraron distintas terapias para estimular los órganos de los sentidos y con eso coexistir un tipo de comunicación. Al realizar las terapias se pudo observar que A. escuchaba, sentía diferentes texturas y reaccionaba a distintos olores y sabores.

Durante el proceso se logró obtener un tipo de comunicación con el niño, que aunque en todo este tiempo no se logró que hablara, si se logró conocer lo que sentía.

Para el proceso se contó con la mayoría del material, gracias al apoyo del familiar y en otras ocasiones de la ludoteca y también se contó con el personal necesario para poder realizar las intervenciones planeadas.

Por otro lado, se realizaron todas las intervenciones planeadas logrando disminuir el nivel de dependencia de 6 a 5, logrando el objetivo del plan de intervenciones.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: RECREACIÓN

Diagnóstico de enfermería: Dependencia en la necesidad de recreación R/C falta de conocimiento del cuidador sobre estimulación y recreación M/P no realizar actividades para entretenerlo.

Nivel y grado dependencia: 5

Tipo de Prioridad: Alta

Fecha de identificación: 31 de octubre de 2017 **Rol de enfermería:** Ayuda


Objetivo: El preescolar mejorará las actividades de recreación mediante un plan de terapia ocupacional.

INTERVENCIÓN: 1.- La enfermera realizará la valoración de la necesidad una vez al mes. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: A) Entrevista de enfermería. Significado que da la persona a las actividades recreativas. Actividades recreativas habituales. Problemas actuales en relación a actividades recreativas. Hábitos de vida y ocio. Limitaciones que le impone su proceso. B) Examen físico-comportamental y observación del entorno. Infraestructura que existe en el entorno inmediato. Recursos humanos y materiales Horarios.	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. Este momento debe existir diariamente y después de cada ciclo estipulado de trabajo (vacaciones). (Riopelle, 1993)


INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera colaborará en la terapia de actividad (Interdependiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: a) Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. b) Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o	Desde hace milenios el ser humano ha sido consciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión engendrada por su trabajo diario. Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las

<p>fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda.</p> <p>c) Ayudar al cuidador a explorar el significado de la actividad habitual (p. ej., escuela) y/o actividades recreativas favoritas.</p> <p>d) Brindar al niño actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.</p> <p>e) Fomentar actividades creativas.</p> <p>f) Ayudar al niño y a la familia a identificar los déficits de nivel de actividad.</p> <p>g) Enseñar al niño y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.</p> <p>h) Proporcionar actividades de motricidad gruesa para los pacientes hiperactivos.</p> <p>i) Proporcionar una actividad motora que alivie la tensión muscular.</p> <p>j) Proporcionar un refuerzo positivo en la participación de actividades.</p> <p>k) Instruir a la familia para que ofrezca un refuerzo positivo para la participación en actividades.</p> <p>l) Permitir la participación de la familia en las actividades.</p> <p>m) Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.</p>	<p>sociedades. (Riopelle, 1993)</p>
---	-------------------------------------

INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera y el cuidador primario realizaran una técnica de musicoterapia cada tercer día en el hospital y en el hogar. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>En la habitación del preescolar, organizar 4 sesiones de musicoterapia como terapia de relajación.</p> <p>SESIÓN 1: Martes</p> <p>A) La enfermera explicara al cuidador primario que es la musicoterapia y su importancia en el niño hospitalizado.</p> <p>B) Se le explicara las actividades que se realizaran.</p> <p>SESIÓN 2: Jueves</p> <p>A) Canción de inicio y de fin.</p> <p>La enfermera junto con el cuidador primario elegirán una canción que cantaran al inicio y fin de cada sesión, una canción que el cuidador primario acostumbre a cantarle, y la cual cantaran en el resto de las sesiones.</p> <p>B) Entonar la canción y observaR los efectos en el niño.</p> <p>SESIÓN 3: Martes</p> <p>A) Canción de inicio y de fin.</p> <p>B) Radiocasete.</p> <p>El profesional colocará unas audiciones en el radiocasete para tranquilizar al niño. Tumbado en la cama el niño las escuchará relajadamente, mientras, la enfermera o el cuidador primario se puede sentar al lado de la cama en una silla o permanecer de pie junto al niño. Estas serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Canon en D mayor de Pachelbel - El lago de los cisnes de Tchaikovsky - El Danubio azul de Johann Strauss <p>SESIÓN 4: Jueves</p> <p>A) Canción de inicio y de fin.</p> <p>B) Radiocasete.</p> <p>AL FINALIZAR SE COMENTARA CON EL CUIDADOR PRIMARIO SI OBSERVO CAMBIOS EMOCIONALES EN EL PREESCOLAR.</p>	<p>Audición musical: Este tipo de terapia es perfecta para fomentar la atención y el reconocimiento de sonidos, a la vez que ayuda a relajar o activar a los pequeños, en función del tipo de música. También sirve para estimular el lenguaje y desarrollar la memoria de asociación.</p> <p>La Musicoterapia se utiliza, a menudo, en la hospitalización infantil, entre otros ámbitos. Ayuda a afrontar estancias en el hospital y a comprender la enfermedad, ayuda a evadir miedos, ayuda a expresar sentimientos y emociones y a aumentar la confianza con los profesionales y relajarse.⁵</p> <p>Objetivos de la musicoterapia en niños hospitalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la autoestima -Perseguir la alegría de los niños y la despreocupación, en cierta medida, de la enfermedad o la causa del ingreso -Expresar los miedos en relación a la situación que están viviendo - Reducir los miedos y el estrés <p>(Bernal, 2010)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera colaborara en el terapia ocupacional que asigno el personal de ludoteca. (Interdependiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Explicarle al cuidador primario la importancia de la terapia ocupacional. Acercarse con el niño y explicarle lo que realizara Colocar al niño en posición semifowler con ayuda del cuidador primario. Otorgarle al niño bloques para armar llamativos son los que pueda jugar 30 min aproximadamente. Pedirle al cuidador primario que le hable al niño mientras él juega, que le explique colores o formas. 	<p>La terapia ocupacional (OT, por sus siglas en inglés) es un tipo de tratamiento terapéutico que ayuda a las personas a alcanzar la independencia en todas las facetas de sus vidas. La mayoría de las personas creen que la terapia ocupacional es un tratamiento para adultos que les ayuda a volver al trabajo, pero esa es una definición muy acotada. “Ocupacional” en este sentido se refiere al manejo de todas las actividades importantes que permiten tener una vida independiente. Para los niños, especialmente, las tareas principales son jugar y aprender. Si el niño tiene discapacidades físicas o retraso del desarrollo, la terapia ocupacional puede mejorar sus habilidades cognitivas (pensamiento), físicas y motoras, además de encargarse de factores psicológicos, sociales y ambientales que tienen impacto sobre la función de su hijo/a. (Sánchez, 2007)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera explicara al cuidador primario como realizar en juego como terapia ocupacional. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Explicar al cuidador primario el juego “Reconociendo el entorno” Preparar material disponible: cuerda, radio Realizar actividad: La actividad se realizará en un aula no muy grande y poco equipada, para empezar. Se pondrá una cuerda desde un 	<p>La Terapia Ocupacional como disciplina ha adquirido en la última década un papel cada vez más relevante en este proceso tanto en el tratamiento hospitalario como en el contexto comunitario. Entre sus objetivos fundamentales se encuentran reeducar al paciente en actividades básicas de la vida diaria como la deglución, la realización de las transferencias, el aseo, vestido, o alimentación y en actividades instrumentales</p>

<p>extremo del aula hasta el otro extremo. Esta cuerda irá uniendo todos los posibles obstáculos que puedan tener los niños, de manera que progresivamente vayan reconociendo su espacio.</p> <p>d) Poner una música que variará de ritmo según si encuentran objetos, que será más lenta o si no encuentran nada que será más rápida. Los niños no podrán separarse de la cuerda y deberán llevar siempre el mismo orden.</p> 	<p>que requieren una mayor participación de los procesos cognitivos superiores tales como preparación de alimentos, el manejo de dinero y la realización de compras, la utilización de medios de transporte, la elaboración de presupuestos, etc. Asimismo, estos profesionales valoran la necesidad de diferentes ayudas técnicas y asesoran sobre otras adaptaciones, tanto encaminadas al paciente como a la adecuación del propio domicilio. (Sánchez, 2007)</p>
--	--

EVALUACION

Se inicia el seguimiento de la necesidad el día 31 de Octubre de 2017 y finaliza el 11 de Mayo de 2018, realizando 15 seguimientos de la necesidad intrahospitalarios, en los cuales se valoró la necesidad y se observó una dependencia ya que A. no tenía actividades recreativas y la mayor parte del día veía televisión o solo jugaba con sonajas por lo que se realizó un plan de intervenciones para mejorar la necesidad y lograr una adecuada recreación en el niño.

Dentro del plan de intervenciones se realizaron y se enseñó al cuidador primario algunos juegos didácticos para el niño logrando así una mejor recreación. Para esto se lograron llevar a cabo todas las intervenciones propuestas, contando con el recurso material otorgado por la ludoteca del hospital y con el apoyo del personal de salud para lograr los objetivos.

Gracias a esto se logró disminuir el nivel de dependencia de un grado 5 a 3, logrando mejoría en la recreación del niño.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: TERMOREGULACIÓN

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio de la temperatura corporal R/C temperatura ambiental fluctuante y probable enfermedad actual M/P piloerección, palidez, piel fría y temperaturas desde 35° a 38.1°

Nivel y grado dependencia: 5

Tipo de Prioridad: Media

Fecha de identificación: 06 Marzo 2018 **Rol de enfermería:** Suplencia

Objetivo: El preescolar mantendrá un equilibrio en la temperatura corporal durante su estancia hospitalaria y en el hogar.

INTERVENCIÓN: 1.- La enfermera realizara la valoración de la termorregulación cada 4 horas en el hospital. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: a) Entrevista: Investigar alguna variación en los cambios de temperatura. b) Observar: movimientos que indiquen termorregulación activa como tiritar, color de la piel. c) Exploración física: Inspección coloración de la piel, Palpación: Turgencia de la piel, humedad. d) Medir la temperatura corporal a nivel axilar. e) Observar y registrar datos clínicos de hipotermia; Extremidades frías y/o piel generalizada fría, Cianosis central. Aumento de los requerimientos de oxígeno, presencia de apnea, bradicardia.	La valoración de la necesidad de termorregulación nos permite ver el equilibrio entre la producción y la perdida de calor a través del organismo. (Riopelle, 1993)

<p>INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera realizara un adecuado manejo de la temperatura cada hora. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Evitar la pérdida de calor mediante los mecanismos de:</p> <p>Conducción: Evitar el contacto con objetos extremadamente fríos o calientes que puedan interferirían con su temperatura, como precalentar el estetoscopio antes de auscultar al niño.</p> <p>Conducción: Evitar corrientes de aire, evitando exposicion al clima frio.</p> <p>Evaporación: Secar la piel después de bañarlo y mantener la piel seca.</p> <p>Radiación: Prevenir cercanía con objetos fríos.</p>	<p>El correcto diagnóstico y manejo de la hipotermia dependerá de la utilización de un termómetro de vidrio de baja lectura o electrónico para determinar la temperatura central, ya que los termómetros convencionales o estándar de mercurio sólo leen hasta un mínimo de 34oC y, por tanto, resultan inadecuados en esta situación.</p> <p>Un termómetro rectal es práctico en la mayoría de los casos. En los pacientes con hipotermia severa, especialmente aquellos que requieren intubación endotraqueal, una sonda esofágica (termómetro) proporciona una aproximación de la temperatura cercana al corazón.</p> <p>Se debe realizar un examen físico general en todos los pacientes con hipotermia para excluir las lesiones locales inducidas por el frío en las zonas no vistas durante la reanimación inicial y para evaluar en busca de signos de trauma.</p> <p>La severidad de la hipotermia es determinada por la temperatura corporal del paciente. (Vargas, 2009)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera proporcionara una adecuada regulación de la temperatura durante el turno. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración.</p> <p>b) Favorecer una ingesta nutricional y</p>	<p>El examen cuidadoso del paciente en el consultorio o en el hospital nos permite hacer diagnóstico de infección localizada, tener una impresión de bienestar o no del</p>

<p>de líquidos adecuada.</p> <p>c) Precalentar los objetos (p. ej., mantas, cobertores) situados cerca del niño</p> <p>d) Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal</p> <p>e) Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del niño como evitar corrientes de aire o exposición a un clima frío.</p>	<p>niño, determinar qué tan enfermo está el paciente y la necesidad de exámenes complementarios.</p> <p>Una parte fundamental del examen clínico es la observación global del paciente, la cual tiene por objeto evaluar la presencia o la ausencia de signos que afecten el aspecto exterior y el comportamiento general del paciente (expresión facial, actitudes, reacciones, etc.) y que puedan sugerir una enfermedad infecciosa potencialmente grave. (Correa, 2001)</p>
--	--

<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>4.- La enfermera y el cuidador primario brindarán un adecuado manejo de la hipertermia en caso de ser necesario. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>a) Observar y registrar datos clínicos de hipertermia: Taquipnea, Apnea, Taquicardia, Hipotensión, Rubor, Extremidades calientes, Irritabilidad, Alimentación irregular, Letargia, Hipotonía, Postura en extensión, Llanto débil o ausente, Temperatura de piel mayor que central.</p> <p>b) Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>c) Retirar al paciente de la fuente de calor, trasladándolo a un ambiente más frío.</p> <p>d) Aflojar o quitar la ropa.</p> <p>e) Aplicar medios físicos (en el cuello, el tórax, el abdomen, el cuero cabelludo y las axilas)</p> <p>f) Mojar la superficie del cuerpo del paciente y abanicarle.</p> <p>g) Monitorizar la presencia de anomalías del estado mental (p. ej.,</p>	<p>Existen algunos procedimientos basados en la fisiología de la temperatura corporal y comprobados por la experiencia clínica como útiles para descender la temperatura corporal y que tienen la ventaja de ser fáciles de aplicar por cualquier persona, tanto en los servicios especializados como en casa: primeramente se debe colocar en un ambiente fresco y ventilado, con lo que se logra favorecer la pérdida de calor por conducción 15%, si se desnuda al paciente se pierde por irradiación 50%, y por evaporación 30% (25% por la piel y 5% por la vía aérea) al retirar la ropa se favorece la pérdida por convección (5%)</p> <p>En caso de fiebre de difícil control se hace necesaria la inmersión o mejor baño continuo con agua templada a 35-36° durante 20 minutos, en caso de presentar ecalofríos se debe suspender el procedimiento. El mismo efecto se consigue con los baños de esponja con agua tibia, con ambos sistemas y favorece los dos principales mecanismos de pérdida de calor: la radiación (50%) y la evaporación (30%). (Ruiz, 2010)</p>

<p>confusión, comportamiento extraño, ansiedad, pérdida de coordinación, agitación, crisis comiciales y coma).</p> <p>h) Instruir al cuidador primario sobre los factores de riesgo de enfermedades relacionadas con el calor (p. ej., temperatura ambiental alta, humedad elevada, deshidratación, ejercicio físico, obesidad, extremos de edad, ciertos medicamentos y enfermedades cardíacas).</p>	
---	--

<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>5.- La enfermera administrara los medicamentos prescritos en caso de fiebre. (Dependiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>e) Seguir los 10 correctos de la administración de medicamentos.</p> <p>f) Verificar el historial de alergias y efectos adversos o contraindicaciones de los medicamentos.</p> <p>g) Verificar la fecha de caducidad del medicamento y fecha de apertura de los medicamentos multidosis.</p> <p>h) Administrar los medicamentos IV:</p> <p>Paracetamol 135 mg IV</p>	<p>Paracetamol (Analgésico y Antipirético)</p> <p>FARMACOCINÉTICA Y</p> <p>FARMACODINAMIA:</p> <p>La biodisponibilidad oral del PARACETAMOL es de 60-70%. PARACETAMOL se absorbe rápidamente desde el tubo digestivo, alcanzando concentraciones plasmáticas máximas al cabo de 40 a 60 minutos.</p> <p>Su vida media es de 2 a 4 horas y se metaboliza fundamentalmente a nivel del hígado, por lo que en casos de daño hepático la vida media se prolonga de manera importante. En la orina se excreta sin cambio entre 1 y 2% de la dosis. Se sabe que el medicamento se puede eliminar por hemodiálisis, pero no por diálisis peritoneal. (Vemedecum, 2017)</p>

<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>6.- La enfermera y el cuidador primario en el hogar brindarán un adecuado manejo de la hipotermia cada que sea necesario (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>a) Monitorizar los síntomas asociados con la hipotermia leve (p. ej., taquipnea, disartria, escalofríos,</p>	<p>La exposición al frío en personas con alteración de la termorregulación es la más frecuente y se ve en grupos como: edad avanzada, niños, malnutridos. El enfermo crónico, polimedicado o con comorbilidades</p>

<p>hipertensión arterial y diuresis), la hipotermia moderada (p. ej., arritmias auriculares, hipotensión, apatía, coagulopatía e hiporreflexia) y la hipotermia grave (p. ej., oliguria, ausencia de reflejos neurológicos, edema pulmonar y anomalías acidobásicas).</p> <p>b) Apartar al paciente del ambiente frío.</p> <p>c) Retirar la ropa fría y húmeda del paciente.</p> <p>d) Colocar al niño en decúbito supino, minimizando los cambios ortostáticos.</p> <p>e) Minimizar la estimulación del niño (es decir, manipular con cuidado y evitar el movimiento excesivo) para no precipitar una fibrilación ventricular.</p> <p>f) Compartir el calor corporal, usando poca ropa para facilitar la transferencia de calor entre la víctima y el rescatador.</p> <p>g) Aplicar recalentamiento pasivo (p. ej., manta, cubrir la cabeza, y calentar la ropa).</p> <p>h) Monitorizar las complicaciones asociadas con el recalentamiento extracorpóreo (p. ej., síndrome de dificultad respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda y neumonía).</p> <p>i) Monitorizar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>j) Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia (p. ej., inmersión en agua fría, enfermedad, lesión traumática, estados de shock, inmovilización, climatología, edades extremas, medicamentos, intoxicación etílica, desnutrición, hipotiroidismo y diabetes).</p>	<p>tiene disminuido su metabolismo basal, alteración del mecanismo del escalofrío y alteración en la vasoconstricción periférica. La exposición en ambientes fríos puede producir hipotermia en personas sin alteración de sus mecanismos de termogénesis, ya sea por exposición a largos periodos de condiciones ambientales adversas, baja ingesta de alimentos calóricos, mala protección de la vestimenta usada, cansancio extremo luego de ejercicio al aire libre, ropa húmeda. (Vargas, 2009)</p>
---	--

EVALUACIÓN

Inicia seguimiento de la necesidad el día 23 de Octubre de 2017 y finaliza el 11 de Mayo de 2018. Se realizaron 28 seguimientos de la necesidad, 20 intrahospitalario y 8 extra hospitalario (por teléfono). Al iniciar el seguimiento, se conoce a A. con constantes alteraciones en la termorregulación, presenta fluctuaciones en la temperatura corporal marcando temperaturas desde 35 a 38.1° por lo que se realiza plan de intervenciones con el fin de lograr una termorregulación adecuada, sin embargo, no se logra objetivo ya que hasta el último día del seguimiento presento picos febriles de hasta 38° y alteraciones en la regulación sin causa aparente o en ocasiones por ciertas infecciones.

Se logra llevar cabo el plan realizando todas las intervenciones planeadas, contando con el apoyo del personal y con el material necesario aunque no se logró disminuir el nivel de dependencia, manteniéndose en el nivel 6.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: Seguridad / Protección y Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: Protección ineficaz R/C cambios en la primera barrera de protección M/P lesión en piel por fijación de sonda nasogástrica

Nivel y grado dependencia: 5

Tipo de Prioridad: Alta

Fecha de identificación: 24 de Octubre de 2017
Suplencia

Rol de enfermería:

Objetivo: El preescolar recuperará la integridad cutánea a través de cuál es técnicas de inmovilización de la zona para mantener la integridad, involucrando al personal de enfermería y cuidador primario el tiempo que sea necesario.

INTERVENCIÓN:	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">a) Valorar la necesidad de seguridad y protección cada semanab) Realizar entrevista: hacia el personal de salud investigando cambios significativos en los datos de laboratorio hematológico, alguna alteración en la piel, o alguna falla en el quipo biomédico, así como también el esquema de inmunización y la conducta a seguir sobre el tratamiento.c) Observar: el ambiente del recién nacido prematuro, la coloración y la postura que adopta en el útero artificial.d) Exploración física: Inspección de la piel en busca de petequias, cambios de coloración etc. Palpar la integridad de la piel haciendo énfasis en la que tenga contacto con dispositivos como puntas nasales, Oxímetro, cables de monitorización EKG.	La valoración de la necesidad de seguridad y protección es importante porque en esta se valora la piel y esta es la encargada de regularizar la temperatura eliminar residuos y es la primera barrera de protección frente agentes externos. (Riopelle, 1993)

INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera tendrá un control de infecciones durante su estancia hospitalaria. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada como fiebre, diarrea, fatiga, tos, dolor muscular. b) Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. c) Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria. d) Limitar el número de visitas. e) Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. f) Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. g) Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. h) Fomentar el descanso. i) Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar. j) Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones. k) Notificar los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones. l) Limpiar el ambiente adecuadamente m) Cambiar equipo de infusión enteral cada 24 horas n) Cambiar sonda Nasogastricacada 48 horas. o) Mantener un ambiente aséptico y cerrado en la preparación de medicamentos p) Prevención de Infecciones asociada a la atención de la salud como: Higiene de manos Elevación de la cabecera 30° Controlar las visitas familiares y uso de bata e higiene de manos 	<p>En México existe información aislada sobre IN en pediatría; la mayoría de los estudios están limitados a algunos hospitales de tercer nivel, y muy pocos abarcan servicios de pediatría en hospitales generales. Se han notificado tasas de infección por cada 100 egresos de 8.8 y 10 en el Hospital Infantil de México, 4,5 de 9.7 en el Instituto Nacional de Pediatría⁶ y de 9.1 en el Hospital Pediátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En esos hospitales las tasas más altas de IN han correspondido a los recién nacidos. Las unidades de pediatría en hospitales de segundo nivel han notificado tasas de IN de 31.1 entre niños internados en el Hospital Gea González, y de 7.6 en el Hospital de Río Blanco en Veracruz. Esas tasas contrastan con las informadas en EUA de 4.1 por 100 egresos en hospitales pediátricos y de 1.2 en unidades de pediatría de hospitales generales. Sin embargo, toda esta información publicada es difícil de generalizar en pediatría, lo que motivó que varios hospitales mexicanos que atienden niños constituyeran el Grupo Interinstitucional para el Control de las Infecciones Nosocomiales en Pediatría. Su objetivo es desarrollar un programa interinstitucional para el control de estas infecciones en niños y representa el primer esfuerzo para organizar una red pediátrica que más tarde se integre a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), que en la actualidad desarrolla el sector salud en México. (Avila, 1999)</p>

INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera prevendrá caídas durante su estancia hospitalaria. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. b) Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. c) Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia. d) Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (cama sin barandillas). e) Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente. f) Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo. g) Colocar la cama mecánica en la posición más baja. h) Disponer la superficie sobre la que se duerme cerca del suelo, si es necesario. i) Disponer barandillas y pasamanos visibles. j) Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas. k) Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas. l) Disponer una estrecha vigilancia y/o un dispositivo de retención (asiento de bebé con cinturón) al colocar bebés/niños en superficies elevadas (en mesas o sillas altas). m) Retirar los objetos que supongan acceso a superficies elevadas para los niños. n) Mantener las barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente. 	<p>La caída es considerada un evento que hace con que el individuo termine involuntariamente en el piso o en otro nivel bajo, con o sin lesiones. Este evento puede ser decurrente de factores intrínsecos, como alteraciones fisiológicas o patológicas, factores psicológicos y efectos colaterales de medicamentos; o extrínsecos, relacionados al comportamiento y actividades de los individuos en el medio en que habitan. En el ambiente hospitalario, los pacientes están en proceso de restablecimiento de la salud y son considerados más vulnerables. Consecuentemente, las caídas aumentan el período de internación y el costo del tratamiento, además de acarrear desconfortos físicos y psicológicos al paciente</p> <p>La probabilidad de tener un perjuicio a la salud, por medio de accidentes, enfermedades, sufrimiento o factores ambientales es denominada riesgo. La seguridad del paciente, entendida como intervenciones que minimicen los daños desnecesarios en la asistencia hasta un mínimo aceptable se tornó una preocupación mundial, ya que prácticas inseguras implican en riesgos. (Alves, 2017)</p>

INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera vigilará la piel del niño durante su estancia hospitalaria y el cuidador primario en casa (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. b) Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. c) Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda. d) Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel, escala de Braden. e) Vigilar el color y la temperatura de la piel. f) Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. g) Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. h) Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. i) Observar si hay zonas de presión y fricción. j) Documentar los cambios en la piel y las mucosas. k) Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales). l) Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel. 	<p>Las úlceras de decúbito, también llamadas lesión de decúbito y úlceras por presión son causadas por la presión, el frotamiento o la fricción en puntos óseos que soportan el peso del cuerpo (como las caderas, los talones y los codos). Una úlcera de decúbito se caracteriza por un área de lesión localizada en la piel o el tejido subyacente sobre una prominencia ósea, provocada por la presión o la fricción o una combinación de ambas. Las úlceras de decúbito ocurren con mayor frecuencia en los pacientes sin movilidad, ya sea cuando están en cama o sentados. El cambio de posición (es decir, voltearlos) es una estrategia utilizada junto con otras estrategias de prevención para aliviar la presión y prevenir así el desarrollo de úlceras de decúbito. El cambio de posición incluye mover al paciente a una posición diferente para eliminar o redistribuir la presión de una parte específica del cuerpo. (Gillespie, 2014)</p>

INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera realizará actividades para un mejor manejo ambiental durante su estancia hospitalaria (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Crear un ambiente seguro para el paciente. b) Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta. c) Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas. d) Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas). e) Facilitar una sonda suficientemente larga que permita libertad de movimientos, según corresponda. f) Proporcionar una cama y un entorno confortable. g) Proporcionar un colchón firme. h) Proporcionar ropa de cama y vestidos en buen estado, libres de manchas residuales. i) Ocultar a la vista del paciente el aseo, el retrete portátil y cualquier equipo utilizado para la evacuación. j) Eliminar los materiales utilizados durante el cambio de apósitos y la evacuación, así como cualquier olor residual antes de las visitas y de las comidas. k) Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda. l) Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. m) Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible. n) Individualizar las restricciones de visitas para que se adapten a las necesidades del paciente o de la familia/allegado. 	<p>Las personas cuando presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizados, originando tanto en él como en su familia un gran estrés e interrumpiendo su función familiar. La persona toma el nombre de paciente, asumiendo un papel pasivo. En muchas ocasiones, la familia queda aislada y desinformada acerca de su pariente y no se le tiene en cuenta en el cuidado del mismo.</p> <p>Las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en el paciente y su familia. Dando paso, también, a hospitales más humanos y cálidos, donde la familia y el paciente se sientan como en su hogar y la situación de enfermedad no sea tan notoria. Esto se puede lograr involucrando a la familia en el cuidado del paciente, para que sea un miembro activo y no sólo un visitante pasivo. Flores, 2000)</p>

INTERVENCIÓN: 6.- La enfermera brindará cuidados para prevenir las úlceras por presión durante su estancia hospitalaria y se mostrara a cuidador primario como realizarlo en casa. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). b) Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras de presión, según el protocolo del centro. c) Documentar el peso y los cambios de peso. d) Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. e) Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. f) Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda. g) Dar la vuelta continuamente cada 1-2 horas.. h) Dar la vuelta con cuidado (p. ej., evitar el cizallamiento) para evitar lesiones en una piel frágil. i) Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. j) Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. k) Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas. l) Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies. m) Humedecer la piel seca intacta. n) Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. o) Vigilar las fuentes de presión y de fricción. p) Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal. q) Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay 	<p>Las úlceras por presión (upp), son lesiones de rápida aparición, larga, lenta y tediosa curación, que actualmente continúan siendo un problema de salud importante y aunque quizá pueda creerse que sólo se presenta en la población adulta y que en pediatría el problema es irrelevante, la revisión de la literatura sugiere que la población infantil sobre todo aquella con hospitalización en unidades de cuidado intensivo, está en riesgo de presentar trastornos en la piel y por lo tanto de desarrollar éste tipo de lesiones. (Aparicio, 2010)</p>

EVALUACION

El día 24 de Octubre del 2017 inicia el proceso de valoración y seguimiento del caso y termina el 14 de Mayo del 2018.

Se llevaron a cabo 16 seguimientos intrahospitalarios, 10 por teléfono y 4 externos (1 en casa y 3 cuando asistía a consultas).

Durante este tiempo la necesidad de seguridad y protección se ha visto sin mejoría, ya que durante todo este tiempo las infecciones han sido recurrentes, lo que le ha llevado a un retroceso en el proceso de la enfermedad.

El proceso de la neumonía durante el internamiento fue mejorando con el paso de los días hasta que el 8 de noviembre es dado de alta por el servicio de Pediatría 1 y 2 Infectología.

Durante su estancia fuera del hospital se vio con recaídas leves, como infecciones de garganta o gripes, que controlaban con paracetamol por los picos febriles y en algunas ocasiones antibióticos como Ceftriaxona indicados por médicos externos al Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Posteriormente es citado el día 8 de febrero para cirugía, sin embargo, es regresado debido a una infección el de garganta y tos que presenta en ese momento. En una segunda ocasión es citado el día 1 de Marzo, sin embargo, de nuevo se suspende la cirugía debido a que el personal de enfermería pasa licuado frío por sonda, lo que esto provocó picos febriles. Se da una tercera cita el día 18 de abril y de manera segura y sin problemas es ingresado a la sala de cirugía general para intervenirlo el día 19 de abril de 2008. Es día 19 de abril es ingresado a quirófano donde se realiza procedimiento quirúrgico sin complicaciones, sin embargo, el día 21 de Abril vuelve a adquirir neumonía, ahora más grave que la última vez y más fuerte por lo que es tratado con 2 antibióticos: Amikacina 133 mg

aforados a 26 ml solución fisiológica 0.9% cada 24 horas IV, Meropenem 296 mg diluidos 6 ml con sol Fisiológica 0.9% cada 8 hrs IV. Actualmente sigue internado y bajo esquema de antibiótico.

Por otra parte, la piel también ha tenido cambios, el día 28 de Octubre Axel presenta lesiones en piel de mejillas por fijaciones de sonda nasogástrica, sin embargo, es tratado con tópicos de cutimed y aproximadamente 1 semana después se observa regeneración en la piel afectada. Durante la estancia hospitalaria se mantiene con integridad de la piel, gracias a los cuidados brindados por enfermería en cada cambio de fijación de sonda.

Dentro de los factores ambientales, se ha visto alterada la necesidad ya que al no ser de la ciudad y si de un estado con clima caliente, las lluvias y los fríos extremos del mes de Diciembre le han ocasionado riesgos para su salud al igual que el estar en el hospital constantemente.

Se contó con todo el material y personal necesario, realizando todas las intervenciones planeadas.

Se logró disminuir la dependencia de un nivel 5 a 4 logrando el objetivo del plan de intervenciones, sin embargo, sigue siendo de prioridad alta ya que el número de infecciones recurrentes va en aumento, condicionando así a una dependencia de la necesidad de seguridad y protección.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: REALIZACIÓN

Diagnóstico de enfermería: Alteración en la necesidad de realización R/C cambios en la dinámica familiar M/P el familiar muestra una conducta protectora desproporcionada a las necesidades del niño

Nivel y grado dependencia: 4

Tipo de Prioridad: Media

Fecha de identificación: 11 Octubre de 2019

Rol de enfermería: Ayuda

Objetivo: El preescolar lograra recrearse de manera efectiva cada mes

<p>INTERVENCIÓN: 1.- La enfermera realizara la valoración de la necesidad una vez al mes (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Entrevista de Enfermería, examen físico-comportamental y observación del entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Actividades habituales, situación laboral, si está desempleado, jubilado. •Personas a su cargo, como vive este hecho. •Problemas, circunstancias que modifiquen el cumplimiento de las actividades. •Opinión de los demás hacia su trabajo .capacidad de tomar decisiones 	<p>La capacidad del individuo de realizarse es personal y única, esto significa que ciertos individuos tienen siempre necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en su interior una gratificación. Básicamente nos ocupamos con trabajo y diversión, complementarias y aspectos fundamentales de la vida. (Riopelle, 1993)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera fomentará el apego familiar (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>Instruir a los progenitores sobre las diversas maneras de proporcionar contacto piel con piel (p. ej., abrazos, masajes y baños conjuntos).</p> <p>Instruir a los progenitores sobre los cuidados del niño (p. ej., cambio del pañal, alimentación, forma de cogerlo, masajes).</p> <p>Alentar la participación de los familiares y amigos en los cuidados del niño.</p> <p>Reforzar las conductas de papel de</p>	<p>Cuando se trata de un niño con discapacidad las relaciones tempranas estarán inmersas en un contexto complejo, debido a que los padres deberán afrontar sentimientos y situaciones contradictorias, dificultades en cuanto al cuidado y el tipo de crianza que deberán empear, y es por ello que las intervenciones terapéuticas deberán tener el principal lugar en la dinámica familiar. Estos factores van a atravesar la percepción de los padres hacia su hijo, de tal manera que dichas percepciones determinarán la forma de vincularse con su hijo.</p> <p>En los infantes que presentan dificultades en</p>

<p>cuidador.</p> <p>Proporcionar ayuda con el autocuidado para maximizar la atención sobre el niño.</p> <p>Facilitar el acceso completo de los progenitores al niño hospitalizado y a que cuiden de él.</p> <p>Explicar el equipo usado para monitorizar al niño hospitalizado.</p> <p>Instruir a los progenitores sobre el desarrollo del apego, haciendo hincapié en su complejidad, naturaleza evolutiva y oportunidades.</p> <p>Proporcionar a los progenitores la posibilidad de comentar los temas que les preocupan (p. ej., miedos, preguntas relativas a los cuidados del niño, sentimientos de cansancio, tratamiento del dolor y formas de interactuar con el niño y responderle).</p> <p>Monitorizar los factores que puedan interferir con un apego óptimo (p. ej., dificultades económicas, separación de los progenitores).</p>	<p>su desarrollo, se debe tener en cuenta tres aspectos referente a como se vinculan con los estímulos, lo cual habla del sentido que le dan a su forma de relacionarse con el medio en el que se encuentran inmersos, incluyendo las relaciones tempranas con sus cuidadores. Estos tres aspectos son, el cómo recibe el estímulo, procesan y responden a este.</p> <p>(ApesteGuy, 2015)</p>
--	---

<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>3.- La enfermera brindara intervenciones como ayuda para el control del enfado. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente. b) Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad. c) Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente. d) Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente 	<p>Todos sabemos lo que es el enojo y todos lo hemos sentido, ya sea como algo fugaz o como furia total.</p> <p>El enojo es una emoción humana totalmente normal y por lo general, saludable. No obstante, cuando perdemos el <u>control de esta emoción</u> y se vuelve destructiva, puede ocasionar muchos problemas en el trabajo, en las relaciones personales y en la calidad general de vida. Puede hacerlo sentir como si estuviera a merced de una emoción.</p>

<p>sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias.</p> <p>e) Animar al paciente a que busque ayuda de parte del personal de enfermería u otras personas responsables durante los períodos en que aumente la tensión.</p> <p>f) Controlar el potencial de agresión inadecuada del paciente e intervenir antes de que se manifieste.</p> <p>g) Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar los objetos potencialmente hirientes).</p> <p>h) Proporcionar seguridad al paciente sobre la intervención del personal de cuidados para evitar que el paciente pierda el control</p> <p>i) Establecer controles externos (sujeción física o manual, descansos y reclusión) si es necesario y como último recurso, para calmar al paciente que manifiesta enfado de una manera que no se adapte a las circunstancias.</p> <p>j) Proporcionar una retroalimentación sobre el comportamiento para ayudar al paciente a identificar el enfado.</p> <p>k) Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado.</p> <p>l) Identificar la función que el enfado, la frustración y la ira cumplen para el paciente.</p> <p>m) Identificar las consecuencias de la expresión inadecuada del enfado.</p> <p>n) Ayudar al paciente en la planificación de estrategias que eviten la manifestación inadecuada del enfado</p> <p>o) 464016 Identificar con el paciente los beneficios de la manifestación de enfado de una forma no violenta, que</p>	
--	--

<p>se adapte a las circunstancias.</p> <p>p) Establecer la expectativa de que el paciente puede controlar su comportamiento.</p> <p>q) Instruir al paciente sobre las medidas que proporcionen calma (descansos y respiraciones profundas).</p> <p>r) Ayudar a desarrollar métodos adecuados de expresión del enfado hacia los demás (afirmación y declaración de los sentimientos).</p> <p>s) Proporcionar modelos que expresen el enfado de forma adecuada.</p> <p>t) Apoyar al paciente en la puesta en práctica de estrategias de control del enfado y en la manifestación adecuada de éste.</p> <p>u) brindar refuerzo para una expresión adecuada del enfado.</p> <p>v) Desaconsejar actividades intensas (p.ej., saco de arena de boxeo, caminar de un lado a otro, ejercicio excesivo).</p> <p>w) Enseñar métodos para modular la experiencia de la emoción intensa (p.ej., entrenar la asertividad, técnicas de relajación, escribir un diario, distracción)</p> <p>x) Animar a utilizar la colaboración para solucionar problemas.</p> <p>y) Administrar medicamentos a demanda, según corresponda.</p>	
---	--

INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera realizará un adecuado control del enfado (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Control del estado de ánimo b) Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. c) Proporcionar o remitir al paciente para un tratamiento contra el abuso de sustancias, si dicho abuso es un factor que contribuye a la alteración del estado de ánimo. d) Ajustar o interrumpir las medicaciones que pueden contribuir a las alteraciones del estado de ánimo (por prescripción adecuada de enfermeras tituladas con experiencia). e) Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a una alteración del estado de ánimo (trastornos tiroideos, etc.). f) Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación). g) Ayudar con el autocuidados. h) Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación). i) Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. j) Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes). k) Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones). 	<p>El control de la autoridad es un factor importante e indispensable en la disciplina y educación de nuestros hijos.</p> <p>Su falta provoca una serie de dificultades para aceptar normas y reglas, creando así infantes con graves problemas de conducta.</p> <p>Además, genera que sean hijos engreídos, sobreprotegidos, mimados o inseguros que creen que debemos darles todo lo que pidan sin control. Esta situación los convierte en seres muy demandantes y exigentes.</p>

INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera realizara un adecuado manejo de la conducta cada mes (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Manejo de la conducta b) Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta. c) Comunicar las expectativas de que el paciente mantendrá el control. d) Consultar a la familia para establecer el nivel cognitivo basal del paciente. e) Establecer límites con el paciente. f) Abstenerse de discutir o regatear los límites establecidos con el paciente. g) Establecer hábitos. h) Establecer una coherencia entre los turnos en cuanto al ambiente y la rutina de cuidados i) Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas. j) Evitar las interrupciones. 	<p>El enojo es un estado emocional que varía en intensidad. Varía desde una irritación leve hasta una furia e ira intensa. Como otras emociones, está acompañada de cambios psicológicos y biológicos. Cuando usted se enoja, su frecuencia cardíaca y presión arterial se elevan y lo mismo sucede con su nivel de hormonas de energía, adrenalina y noradrenalina.</p> <p>El enojo puede ser causado por sucesos externos o internos. Usted puede enojarse con una persona específica (como un compañero de trabajo o supervisor) o por algo ocurrido (embotellamiento de tránsito, un vuelo cancelado), o su enojo puede ser causado por estar preocupado o taciturno debido a sus problemas personales. Los recuerdos de hechos traumáticos o enfurecedores también pueden despertar sentimientos de enojo. (Apego 2018)</p>

EVALUACION

Se inicia el seguimiento de la necesidad el 31 de Octubre de 2017 y termina el 11 de Mayo de 2018 realizando 20 seguimientos de la necesidad, donde 15 fueron intrahospitalarios, 15 extra hospitalarios donde 15 fueron llevados a cabo con la mayoría de las intervenciones de la necesidad, logrando así disminuir el apoyo de la necesidad de realización contando con el apoyo del recurso humano y material económico para lograr el objetivo, llegándole un

nivel de dependencia 4 a de independencia. En cuanto a la dinámica familiar si mejoró, aunque no por completo ya que los padres en varios ocasiones observaron la misma actitud hacia con el personal.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: Descanso / Sueño y Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: Dependencia en la necesidad de descanso y sueño
R/C cambios en el ambiente M/P aparición de cansancio, ojeras, enrojecimiento de la esclerótica, inquietud, irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño.

Fecha de identificación: 30 de Octubre de 2017

Rol de enfermería:

Ayuda

Nivel y grado dependencia: 4

Tipo de Prioridad: Alta

Objetivo: El Preescolar dormirá entre 10 y 13 horas diariamente mediante técnicas que ayuden a facilitar el descanso y sueño aplicado por el cuidador primario y personal de salud, durante su estancia hospitalaria y en casa.

INTERVENCIÓN: 1.- La enfermera realizara la valoración de la necesidad de descanso y sueño diariamente en el hospital y cada mes en casa. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: a) Realizar entrevista: ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño? (horas, horario, duración, siestas, si se despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo, si se despierta con estímulos suaves o no) ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño? ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño? ¿Cómo influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? b) Exploración Física- Comportamental: Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño, temblor de manos, confusión, incoordinación, falta de energía, fatiga, dolor, inquietud, cefaleas, respuesta disminuida a estímulos. Sueño interrumpido, aumento o disminución del sueño. Signos físicos: nistagmus leve, temblor de	Hay que tener en cuenta que las alteraciones del sueño no remiten con rapidez por lo que se deben establecer objetivos a corto plazo para establecer pautas de sueño rutinarias y los de largo plazo enfocados a mejorar el estado general de descanso. Las medidas para proporcionar descanso y sueño adecuados se dirigen hacia la comodidad física, eliminación de la ansiedad y conseguir un sueño en calidad y cantidad suficiente desde la perspectiva individual. (Kozier, 1993)

<p>manos, enrojecimiento de la esclerótica, expresión vacía, ojeras, bostezos frecuentes, cambios en la postura.</p> <p>c) Observar las condiciones del entorno que ayudan / impiden la satisfacción de esta necesidad.</p> <p>Sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa.</p>	
---	--

INTERVENCIÓN:	FUNDAMENTACIÓN
<p>2.- La enfermera realizara cuidados de higiene del sueño durante su estancia hospitalaria y el cuidador primario en casa. (Independiente)</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Explicar al cuidador primario la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés, etc. b) Establecer una rutina a la hora de dormir para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño; dormir de 10:00 – 8:00 am aproximadamente. c) Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del niño para dormir, como indicios de pre sueño y objetos para dormir como juguetes. d) Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de dormir para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño. e) Ayudar al niño a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, como cantos y cuenta cuentos. f) Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos. 	<p>El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las que actividades cotidianas disminuye al tiempo que aumenta la irritabilidad.</p> <p>La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaurar el equilibrio natural entre los centros neuronales. (Kozier, 1993)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera proporcionara comodidad física durante su estancia hospitalaria. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mantenimiento de las sábanas secas y suaves. b) Utilización de ropa holgada y fresca para dormir. c) Control de la temperatura de la habitación. d) Ofrecimiento de mantas adicionales. e) Higiene. f) Mantenimiento de la piel limpia y seca. g) Mantener una alineación o posición anatómicas correctas; cambiar frecuentemente de postura. h) Cerrar las puertas de la habitación. i) Proporcionar una ventilación adecuada. j) Control de ruidos: cerrar la puerta de la habitación del paciente, evitar ruidos fuertes y repentinos como desplazamiento de mobiliario, mantener conversaciones sin levantar la voz. 	<p>El sueño afecta al entorno y al comportamiento social. Las partes del cerebro que controlan las emociones y la interacción social se relajan en las fases de descanso, proporcionando un rendimiento óptimo al despertarse.</p> <p>El sueño fortalece el sistema inmune, disminuyendo así la vulnerabilidad a las infecciones y enfermedades. (Kozier, 1993)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera disminuirá la ansiedad y el estrés durante su estancia hospitalaria. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dirigirse al paciente de una forma tranquila, con voz suave y mirándolo a los ojos, para proporcionar seguridad cada que se realizara algún procedimiento invasivo. b) Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se van de experimentar en cada procedimiento que se vaya a realizar. 	<p>El proceso de hospitalización puede generar consecuencias para el desarrollo infantil, entre ellos los sentimientos de angustia, temor, miedo, impulsividad, inquietud, tristeza y ansiedad.</p> <p>Se sabe que, cuanto mayor el tiempo de estancia en el hospital, mayores serán las posibilidades de aparición de características que afectan negativamente el curso normal del desarrollo infantil, y se necesita la atención especial por parte de profesionales</p>

<ul style="list-style-type: none"> c) Tratar de comprender la perspectiva del niño ante una situación estresante. d) Pedir a la familia que permanezca con el niño, si es necesario. e) Proporcionar objetos que simbolicen seguridad para el niño, como juguetes. f) Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones con ayuda del cuidador primario como leer libro y cantar canciones. g) Observar si hay signos no verbales de ansiedad. 	<p>de la salud, para reducir los niveles de estrés a que estos niños son sometidos, así se puede suavizar las consecuencias negativas de la hospitalización y contribuir al proceso de recuperación. (Lima, 2015)</p>
--	---

<p>INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera y el cuidador primario realizaran un masaje como terapia de relajación todos los días después del baño. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluar el deseo del cuidador primario de hacerle al niño un masaje. b) Detectar la presencia de contraindicaciones, como trombocitopenia, disminución de la integridad cutánea, trombosis venosa profunda, zonas con lesiones abiertas, enrojecimiento o inflamación, tumores e hipersensibilidad al contacto. c) Establecer un período de tiempo para que el masaje consiga la respuesta deseada, en los niños debe ser en un tiempo de 10 a 15 min. d) Lavarse las manos con agua caliente. e) Colocar al niño en una posición cómoda que facilite el masaje. f) Cubrir sólo la zona expuesta que se va a masajear, si es necesario. g) Envolver las áreas no expuestas con mantas, sábanas o toallas de baño si es necesario. h) Utilizar una loción o aceite para reducir la fricción, valorando cualquier sensibilidad o contraindicación. 	<p>Al masajear las distintas partes del cuerpo se favorece el flujo de energía por los canales y de esta manera se fortalecen los órganos y sistemas que ellos irrigan.</p> <p>El secreto de una buena salud reside en que el cuerpo sea eficiente en la circulación de los nutrientes y en la eliminación de sus toxinas.</p> <p>En este sentido, el masaje actúa como un depurador que ayuda a todos los sistemas del cuerpo, desde el inmunológico, el Respiratorio, el nervioso, circulatorio, muscular, digestivo y linfático. (Gonzalez, 2007)</p>

<p>i) Calentar la loción o el aceite en la palma de las manos.</p> <p>j) Técnica:</p> <p>1.- Masaje en la base del cráneo Masajear suavemente con la mano derecha. Usar el pulgar en el lado izquierdo y los otros dedos en el derecho, como tratando de juntar ambos lados.</p> <p>2. Presión sobre la base del cráneo Sujetar el lado derecho de la cabeza con la mano izquierda y, con el pulgar de la mano derecha, presionar a lo largo de la base del lado izquierdo del cráneo hasta llegar a la ligera hendidura que divide la cabeza. Las presiones deberán comenzar a unos 2 o 3 centímetros de la oreja.</p> <p>3. Frotación con el aceite Vertir el aceite en la palma de su mano. Con ambas manos frote el aceite desde el cóccix hasta el cuello y sobre los hombros, comience a masajear con un movimiento (frotación con la palma extendida).</p> <p>4. Deslizamiento de los pulgares a lo largo de la columna. Con los pulgares tocándose las puntas, partir de la base y deslizar por el lado derecho de la columna hasta el cuello.</p> <p>5.- Descongestión de los tejidos de la espalda Aliviar esta tensión cogiendo la piel entre las dos manos. A medida que se va recogiendo, como si estuviera cogiendo agua, frotar los dedos hasta juntarlos, las manos doblándolas hacia adentro.</p> <p>6. Círculos sobre las caderas Con las puntas de los pulgares juntas y moviéndolas al unísono, describir pequeños círculos desde la base del cóccix hasta unos 7 centímetros más arriba.</p> <p>7. Recorrido de las nalgas con los pulgares</p> <p>8. Presión en los brazos y manos Presionar con los pulgares, en 4 puntos meridianos. Comenzar por el punto en el hombro, el centro del pliegue interior del codo; interior de la muñeca, en el centro de la mano.</p> <p>9. Relajación de la tensión en el cuello y la zona de los hombros</p>	
--	--

<p>Usar ambas manos para friccionar en forma circular, el omóplato y luego el hombro.</p> <p>10. Deslizamiento por las piernas hacia arriba Curvar las manos alrededor de los tobillos mientras cuenta hasta dos. Luego llevar las manos extendidas hacia arriba hasta las corvas.</p> <p>11. Masaje de los pies, tobillos y rodillas Con los pulgares hacer movimientos circulares en las plantas de los pies desde los dedos hasta el talón. Luego continuar rodeando los tobillos. De los tobillos subir deslizando por la pierna hacia la rodilla otra vez, y descansar la mano en las corvas.</p> <p>12. Presión en la cabeza con los pulgares A la cabecera y con las manos secas, comenzar a presionar la frente con los pulgares.</p> <p>13. Estimulación del cuero cabelludo Con los dedos separados, masajear todo el cuero cabelludo con firmeza.</p> <p>14. Presión en la frente Comenzar en el centro de la frente, haciendo presión siguiendo en línea recta hacia los lados hasta llegar al límite con el cuero cabelludo.</p> <p>15. Presión sobre el puente de la nariz Con movimientos deslizantes cortos y hacia arriba, presionar el puente de la nariz, usando los pulgares alternadamente.</p> <p>16. Masajear del contorno de los ojos Con los dedos índice o medio masajear el contorno de los ojos, comenzando desde el ángulo interior de las cejas hacia afuera y luego por debajo completando el círculo.</p> <p>17. Rastrillamiento de las mejillas Extender los cuatro dedos de cada mano sobre cada mejilla, con las puntas a cada lado de la nariz. Con firme presión “rastrillar” las mejillas hasta las orejas.</p> <p>18. Estimulación de la zona mentón/mandíbula Hacer pequeños círculos hacia afuera con los pulgares hasta llegar a las orejas.</p> <p>19. Tonificación del cuello Manteniendo la mano izquierda bajo el</p>	
---	--

mentón, deslizar la mano derecha alrededor de la parte delantera del cuello, trabajando de izquierda a derecha.

10. Masaje en la parte posterior de los hombros

Llevar las manos bajo los hombros, cerca de la columna. Con movimientos circulares masajear los omóplatos, parte superior de la espalda y hombros.

21. Movimiento calmante y reanimador del diafragma

Colocar la mano izquierda sobre el brazo derecho, y la mano derecha sobre el centro del diafragma, los dedos apuntando hacia arriba del pecho. Suavemente, pasar la mano derecha sobre el diafragma para enviar un mensaje amistoso y reconstituyente al sistema nervioso.

22. Masaje de los pies

Con las muñecas ladeadas hacia dentro, coja los empeines con los dedos y coloque los pulgares en los talones. Ahora deslice el pulgar desde el talón hacia el dedo gordo. Al finalizar hacer un pequeño estiramiento de cada uno de los dedos del pie.

23. Estimulación de los tobillos, rodillas y piernas

Deslizar las manos desde los pies hacia los tobillos. Masajear con movimientos circulares. Luego deslizar hacia arriba hasta llegar a las rodillas y hacerlas descansar allí. Desde las rodillas deslizar las manos hasta las ingles y presionar allí con los pulgares.

Es importante mencionarle al cuidador primario que durante todo el masaje, se le debe hablar al niño con amor y palabras dulces, para favorecer la relación.

INTERVENCIÓN: 6:- La enfermera y el cuidador primario realizaran una técnica de aromaterapia cada 15 días en el hospital y en el hogar. (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Elegir los aceites esenciales más adecuados para relajarte. b) Elegir uno con un aroma que te atraiga o mezcla varios para obtener un aceite esencial personalizado. Algunos de los mejores para relajarse son: Manzanilla, jazmín, lavanda, mandarina, sándalo. c) Leer las etiquetas de los productos para conocer las posibles contraindicaciones y evitar los potenciales problemas. d) Diluir los aceites esenciales con un aceite portador, algunas opciones son el aceite de coco, de oliva, de aguacate, de cártamo y de almendras. Mezcla entre 7 y 12 gotas de aceite esencial por cada 30 ml (1 onza líquida) de aceite portador. e) Probar el aceite en la piel. Antes de usarlo, verificar que la mezcla no irrite la piel. Aplicar 1 o 2 gotas del aceite en la cara interna del codo. Si no hay ninguna reacción después de 24 horas, se puede usar el aceite esencial para relajar. f) Dar un masaje. g) Rocíar una mezcla de aceite esencial en la ropa blanca, incluida la ropa de cama y las toallas. Conseguir una botella de spray limpia. Mezclar 30 a 40 gotas del aceite esencial elegido con 45 ml (1,5 onzas) de agua destilada en la botella de spray y rociar ligeramente las toallas para obtener los beneficios de los aceites esenciales. h) Prestar atención a las posibles reacciones: <ul style="list-style-type: none"> a. enrojecimiento de la piel 	<p>Cada vez que uno respira la fragancia de los aceites esenciales, las pequeñas y finísimas partículas del aceite son transportadas en el aire y penetran en lo más profundo de los pulmones y es aquí que entran a la corriente sanguínea. Es por esto que inhalar los aceites esenciales durante varias horas equivale a tomar una dosis interna. Los aceites esenciales son muy potentes y por ende, debes evitar usar un aceite "puro" o sin diluir en tu piel. El aceite portador reduce la potencia de un aceite esencial. También hidrata la piel. (Sánchez, 2012)</p> <p>Muchas de estas esencias concentradas tienen una estructura molecular muy fina que puede penetrar fácilmente las capas exteriores de la piel, los poros y el sistema olfatorio, llevando una información vital a la sangre, a los órganos, memoria, tejidos y centros emocionales del cuerpo. La condición de la piel afecta de manera importante el grado en que los aceites van a ser absorbidos. Después de un baño caliente, la piel está hidratada y es más fácil penetrarla. Una piel dañada es más permeable y los aceites esenciales deben ser aplicados con cautela. (Gennari, 1996)</p>

<ul style="list-style-type: none"> b. piel caliente al tacto c. urticaria d. ampollas e. hinchazón f. garganta rasposa g. edema h. ojos rojos i. dificultad para respirar <p>Durante el baño se puede realizar una mezcla para el baño; a una taza de leche entera añadir una gota de manzanilla o lavanda, esto 1 vez a la semana.</p>	
--	--

EVALUACIÓN

Se inicia seguimiento de la necesidad de día 30 de octubre de 2017 y finaliza el día 11 de Mayo de 2018, realizando 20 seguimientos, 10 intrahospitalarios y 10 externos (9 por teléfono y 1 en el hogar).

Durante el proceso A. mostraba una alteración en la necesidad ya que su madre expresaba cambios en el sueño del niño y físicamente eran notables los signos de cansancio por lo que se realiza un plan de intervenciones logrando mejorar el sueño y descanso del niño en 1 semana, notándose mejoría en la apariencia y comportamiento y sobre todo al verificar que lo enseñado a la mamá fue realmente aprendido y realizado en el hogar.

El plan de intervenciones llega a su objetivo al realizar todas las intervenciones planeadas contando con el recurso material y humano, logrando la independencia de la necesidad de un grado de dependencia 4 a 2.

PLAN DE ATENCIÓN

NECESIDAD: CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico de enfermería: Independencia en la necesidad de creencias y valores familiares R/C mantener la fe en Dios, prácticas religiosas, valores inculcados en casa y fuera de ella.

Nivel y grado dependencia: 2

Tipo de Prioridad: Baja

Fecha de Identificación: 30 de Octubre de 2017

Rol de Enfermería:

Acompañamiento

Objetivo: El preescolar y su familia mantendrán sus creencias y valores en independencia.

<p>INTERVENCIÓN: 1.- La enfermera realizará la valoración de la necesidad de creencias y valores una vez al mes (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Entrevista de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencia religiosa, rituales, conflictos, exigencias que comporta. • Sentido de la vida. • Jerarquía de valores (familia, amistad, éticos..) • Interferencias en la práctica religiosa. • Contradicciones entre valores. <p>b) Examen físico-comportamental y observación del entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar gestos y posturas. • Observar si hay signos de angustia, nerviosismo, ansiedad, incomunicación que pudieran estar relacionados. 	<p>Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. Las personas adoptamos actitudes o realizamos actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología. (Riopelle, 1993)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 2.- La enfermera brindará esperanza a la familia durante la estancia hospitalaria. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Ayudar al cuidador primario a identificar las áreas de esperanza en la vida.</p>	<p>La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, la complejidad en los servicios de unidad de cuidados intensivos, generan en el núcleo familiar crisis emocional situacional manifestada en angustia y estrés. (Bautista, 2016)</p>

<ul style="list-style-type: none"> b) Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal. c) Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia. d) Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. e) Evitar disfrazar la verdad. f) Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del niño /familia. g) Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente que no responden a estímulos. h) Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos. i) Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica. 	
--	--

<p>INTERVENCIÓN: 3.- La enfermera brindará apoyo emocional durante la estancia hospitalaria (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. b) Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. c) Ayudar al cuidador primario a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza en el niño. d) Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo. e) Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la 	<p>La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, toda vez que la complejidad y gravedad en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y elevados grados de estrés. Está reportado en la literatura “el aumento de los niveles de estrés en las familias que se encuentran en las unidades donde existe más tecnología médica y más vigilancia por parte del equipo sanitario”; Torrents, refuerzan la idea de que “los familiares de un paciente ingresado en la UCI sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, sobre todo las primeras 18-24 horas posteriores al ingreso”. Por lo tanto, el núcleo familiar involucrado requiere tanto de apoyo emocional como de una</p>

<p>respuesta emocional del cuidador primario.</p> <p>f) Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.</p>	<p>excelente y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente. (Bautista, 2016)</p>
---	---

INTERVENCIÓN: 4.- La enfermera enseñará a clarificar valores (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección, dada la situación particular, antes de comenzar la intervención. b) Crear una atmósfera de aceptación, sin prejuicios. c) Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al cuidador a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante. d) Plantear preguntas reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar. e) Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto. f) Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia/allegados. g) Animar a tener en cuenta los valores subyacentes a las elecciones y consecuencias de la elección. h) Ayudar al cuidador a priorizar los valores. i) Apoyar al cuidador en la comunicación de los propios valores a los demás. 	<p>La familia es el elemento más importante para formar a las personas en la sociedad actual. En la familia existen oportunidades de vivir e integrar los valores y los antivalores. La familia es el elemento de la humanidad que permite distinguir a la sociedad actual. La familia es y sigue siendo la principal fuente en donde se deben de cultivar y practicar los valores.</p> <p>En la familia se proporcionan experiencias de aprendizajes respetadas con el lenguaje, los valores la cultura y el carácter personal. En la familia se aprende de un medio benéfico más grande de la práctica de valores a través de la ayuda mutua.</p> <p>Los valores más importantes de la familia mexicana son: el afecto, la cooperación, la humildad, la amistad, la lealtad, lo patriota, etc.</p> <p>La familia es el cimiento de la sociedad, porque en ella se aprende los valores. La práctica de los valores constituye la base para el desarrollo y progreso de los países en vías de desarrollo.</p> <p>En la familia se aprende valores fundamentales para el desarrollo de las sociedades. Por lo que es importante cultivar los valores en la familia, escuela y sociedad.</p>

<p>INTERVENCIÓN: 5.- La enfermera facilitará el crecimiento espiritual al niño y su familia (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y con los allegados. b) Fomentar la conversación que ayude al paciente a organizar los intereses espirituales. c) Ofrecer el apoyo de la oración al individuo o al grupo, según sea conveniente. d) Fomentar la participación en ceremonias religiosas, retiros y programas especiales de oración/estudio. e) Fomentar la relación con los demás para el compañerismo y el servicio. f) Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autorreflexión. 	<p>Las necesidades espirituales, como manifestación de la espiritualidad, se encuentran igualmente relegadas y no hay un modelo claro de actuación para las enfermeras. Sin embargo, la enfermería es precisamente la profesión que debe garantizar un cuidado de excelencia a los pacientes frente al “dolor total” propugnado por Cicely Saunders.</p> <p>Son muchos los profesionales enfermeros/as que no perciben como propia la satisfacción de las necesidades espirituales de los pacientes, aun cuando ello está en los principios de su profesión. En este aspecto la mejor herramienta de actuación con la que cuentan las enfermeras es la comunicación, que debe afrontarse en un contexto de counselling. (Pérez, 2016)</p>

<p>INTERVENCIÓN: 6.- La enfermera ayudará el mejorar el afrontamiento ante factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida. (Independiente)</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. b) Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y 	<p>La familia debe ser entendida como sugiere Pérez “una unidad en la que al producirse una alteración o transformación de uno de los integrantes de este grupo humano, influirá indefectiblemente en todos los demás, generando en algunos casos su disfuncionalidad”. Para Canty “la familia es un grupo cuyo integrantes se interrelacionan</p>

<p>objetivos comunes.</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Ayudar al cuidador a resolver los problemas de forma constructiva. d) Valorar el ajuste del niño a los cambios de imagen corporal. e) Valorar la comprensión del cuidador del proceso de enfermedad. f) Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. g) Proporcionar un ambiente de aceptación. h) Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. i) Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. j) Proporcionar al cuidador opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. k) Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. l) Confrontar los sentimientos ambivalentes del niño (enfado o depresión). m) Ayudar al cuidador a identificar respuestas positivas de los demás. n) Fomentar la identificación de valores vitales específicos. o) Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. p) Comentar las consecuencias de no enfrentarse a los sentimientos de culpa y vergüenza. q) Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. r) Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. 	<p>y están sujetos a la influencia del entorno y por lo tanto a hospitalización de uno de ellos creara una situación de crisis”. Las experiencias que viven los familiares al separarse un miembro de la familia, debido a la hospitalización, desencadena una serie de reacciones emocionales, el cual se ve intensificado en relación a la gravedad de la enfermedad.</p> <p>Entre las necesidades que se consideran más importantes para las familias, se destacan las de seguridad, información, proximidad y apoyo emocional. El impacto emocional comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, y se profundiza cuando el enfermo ingresa a la UCI. La familia sufre de ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como: pérdida del contacto, inseguridad, y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte; sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria. (Bautista, 2016)</p>
--	--

INTERVENCIÓN: 7.- La enfermera facilitará la práctica religiosa de la familia (Independiente)	FUNDAMENTACIÓN
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> a) Identificar las inquietudes del paciente respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, ceremonias de circuncisión o prácticas alimentarias). b) Coordinar o proporcionar servicios de curación, comunión, meditación u oración en el hospital. c) Fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudique la salud cómo oraciones. d) Tratar al individuo con dignidad y respeto. e) Fomentar la asistencia a algún ritual. f) Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración o el ritual. 	<p>La enfermedad produce un sufrimiento no solo en la persona enferma sino también en los familiares que están a su alrededor, este sufrimiento da lugar a una búsqueda de sentido que ayude a comprender esta experiencia tan abrumadora. Las creencias religiosas pueden proporcionar respuestas a las preguntas existenciales relacionadas con la enfermedad y la muerte. Sin embargo, ayudar a los pacientes y sus familias a encontrar un sentido a su experiencia sigue siendo un desafío para los profesionales de la salud, debido principalmente a que los profesionales no se sienten preparados para hacer frente a las creencias religiosas y espirituales de los pacientes. (villalba, 2012)</p>

EVALUACIÓN

Inicia el seguimiento de la necesidad el 30 de octubre de 2017 y finaliza el 11 de Mayo de 2018, realizando 15 intervenciones, 10 intrahospitalarias y 5 extrahospitalarias (por teléfono). Desde el inicio del seguimiento hasta el final se identificó claramente la independencia de la necesidad de creencias y valores, sin embargo, se realizó un plan de intervenciones para mantener la independencia a lo largo de la estancia hospitalaria del niño, lo cual dio resultado ya que los padres tuvieron la disponibilidad para llevarlas a cabo, contando con el apoyo del personal de salud y el permiso para introducir el material religioso necesario, logrando así mantener la independencia en grado 1.

Se contó con el lugar destinado para prácticas religiosas del hospital y el libre acceso de tarjetas con santos para la familia, así como el apoyo espiritual y psicológico.

7.4 Ejecución y evaluación

Durante la ejecución se pondrá en marcha el plan de cuidados enfocados en aquellas intervenciones que van a ayudar a lograr los objetivos. Durante la hospitalización se realizará la mayoría, sin embargo, hay algunas que solo se asesorará ya que el cuidador primario tendrá que realizarlo, primeramente bajo supervisión para poder así evaluarlo y posteriormente solo en casa.

Finalmente la evaluación se realizará mediante el formato de estructura que se refiere a las estructuras físicas, equipos y patrón de organización del recurso humano; proceso, que se centra en las actividades de enfermería, las cuales se pueden juzgar observando el rendimiento preguntando los pacientes; y resultado que se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, el logro de objetivos y el nivel de dependencia e independencia, para obtener datos sobre el estado de salud del paciente y compararlo con el logro de objetivos elaborando un juicio de la evolución del paciente hacia la consecución.

VIII PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: H.T.A.M. Edad: 3 años 3meses Sexo: Masculino
Fecha de ingreso: 01-octubre-17 Fecha de egreso: 16-Dic-17

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

-Toma de temperatura axilar 1 vez al día, para descartar fiebre
-Si el preescolar presenta dificultad para respirar, taquicardia, o presenta cianosis (coloración azul), saturación menor a 85%

Orientación dietética:

Al llevar a cabo el plan de intervenciones de nutrición se explicó debidamente la importancia de preparar los licuados y administrarlos cómo está indicado, si presenta distensión abdominal o vomitó suspender el licuado y regresar al hospital de ser posible.

Medicamentos indicados:

Levetiracetam	5 ml c/12 hrs.	VO
Topiromato	32.5 mg c/12 hrs.	VO
Valproato de Magnesio	5.5 ml c/8 hrs.	VO
Clobazam	2.5 mg c/12 hrs.	VO
Loperamida	2 mg c/8 hrs.	VO

Registro de signos y síntomas de alarma:

(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

Presencia de fiebre (por arriba de 37.5°C), dificultad para respirar y/o vomito

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

Cambiar la fijación de la sonda nasogástrica cada que sea necesario, y estar midiendo en cada toma que la sonda mida lo que se había anotado en un inicio para corroborar que esta cavidad gástrica.

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

Fecha de su próxima cita: 15-Enero-18

IX CONCLUSIONES

Se puede concluir que la metodología basada en la propuesta filosófica de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería fue satisfactoria para el logro de los objetivos planteados en un inicio.

El Proceso de Atención de Enfermería es sin lugar a duda de gran importancia para realización de este estudio de caso, ya que nos permite valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería aplicadas, permitiendo planificar de forma organizada e individualizada la atención al paciente sano o enfermo para mantener o lograr llegar a su independencia y con esto brindando una mayor satisfacción profesional al Enfermero Especialista Infantil.

Axel mostro avance gracias a las intervenciones propuestas, sin embargo, siempre será un paciente crónico debido a la patología de base que presenta, mas no obstante, podría tener un gran avance si los seguimientos fueran repetitivos y si no tuviera internamientos constantes que detengan en avance ya logrado. La mayoría de las intervenciones se lograron con éxito y con el apoyo del cuidador primario, por lo que se observó que el cuidador primario se estaba volviendo capaz de brindar los cuidados necesarios en el hogar con el fin de seguir satisfaciendo las necesidades del niño.

X BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Roa G. Proceso de cuidados de enfermería en neonatos con Epidermólisis (piel de mariposa) fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. Portales médicos. 2016.
3. Cantellán 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. Portales Médicos. 2016.
4. Martín C., Villuendas L., Andrés I. Estenosis aórtica y congénita y endocarditis bacteriana. Portales médicos. 2017.
5. Meraz M., Espinosa V. Alteración de la seguridad y protección en un adolescente masculino. Desarrollo Científ Enferm. 2012;20(5): 159-173.
6. Ignorosa N., González L. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. Enferm Universitaria. 2014;11(3): 110-116.
7. Meza C., Olivera S., Cadena J. Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. 2013;21(2): 63 - 70.
8. Hernández A. Plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón. 2015;23(1):22-27.
9. Dahrbaun N., Peña B., Melo A. Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada. 2016;1(1): 75-82.

10. Gaona Y., Cruz M. Estudio de caso a un adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. 2012;9(2):37-45.
11. Alvarado P., Cruz M. Proceso de atención de enfermería, a un adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. 2013;10(3):105-111.
12. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 7ma. Edición. España: Elsevier, 2011.
13. Reyes E. El pensamiento de Virginia Henderson en el S.XXI. 2da edición. México, 2015.
14. Reyes G. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología.. 2ª edición, México: Manual moderno, 2015.
15. Fernández C., Novel G. El proceso de Atención de Enfermería Estudio de casos. 1era edición. España: Masson-Salvat, 1993.
16. Raile M y Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 4ª edición. España: ELSEVIER, 2011.
17. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª Ed, México; McGraw-Hill; 1999
18. Zamora Editores SAS. Manual de enfermería. Colombia: ZAMORA EDITORES SAS, 2015.
19. Reyes E. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. 2ª edición. México: Editorial El Manual Moderno, 2015.
20. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5a edición. España: ELSEVIER MASSON, 2003.
21. Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. España: McGRAW-HILL -INTERAMERICANA DE ESPAÑA, 1997.
22. Alvarado A. La ética del cuidado. Rev. Aquichán. 2011; 4(1): 30-39.
23. Romero E. La ética de la responsabilidad en los cuidados de enfermería. Revista de Seapa. 2013;XI:31-35.
24. Juvé M., Anton P. Consideraciones éticas en una revisión actual. Nursing. 2012; 30(3): 52-58

25. González C. Ética enfermera básica. CONAMED. 2015; 20(1): S3-S6.
26. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. México, D.F.: Secretaria de Salud; 2001.
27. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Serie en Internet]. 2017 [Citado en septiembre 2017]. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/
28. Núñez L. Preescolar, escolar, adolescente, adulto sano. [Serie en Internet]. 2013 [Citado en septiembre 2017]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>
29. Helmes D. Turner J. Exploring Child Behavior. Philadelphia; W. B. Saunders Company: 2011;2:1040-1041.
30. Zaldivar G., Dávila G. Síndrome de Lennox Gastaut. Acta Pediatr Mex. 2011;32 (1): 75-76.
31. Kozier b, erb g, olivieri r. actividad y ejercicio. en : kozier b, erb g, olivieri r. enfermería fundamental, conceptos ,procesos y práctica. 4o ed. madrid : mc graw-hill- interamericana; 1993: 935-987.
32. Miralles i., beceiro j., montull s. monterde s. fisiopatología de la rigidez articular: bases para su prevención. fisioterapia 2007;29(2):90-8
33. Aparicio g., ponce g., carmona b. cuidados a la piel del niño y factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión. revista enfermería universitaria. 2010; 7(3): 1-15.
34. Calle P., Muñoz M., Matamoros D., Fuentes M. Los efectos de los estiramientos musculares: ¿qué sabemos realmente?. rev iberoam fisioter kinesiol 2006;(9):36-44
35. Corral-ansaa l., herrero-meseguera j., falip-centellasb m., aiguabella-macaub m. estatus epiléptico. med intensiva. 2008;32(4):174-82
36. Frontado K, Rodríguez M. Uso de la mecánica corporal en enfermeras del servicio de emergencia del hospital Belén [tesis licenciatura]. Trujillo (Peru): Universidad privada Antenor Orrego; 2015 Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1694/1/RE_ENFER_MECHANICACORPORAL_TESIS.pdf
37. J-Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería Conceptos, proceso y práctica. España; Pearson. 2013.
38. Potter A. Fundamentos de Enfermería. 8 ed. España: Elsevier. 2015
39. Falcón A., Navarro V. Vía aérea y ventilación. Capítulo 2: 19-32

40. López J., Morant P. Fisioterapia respiratoria: indicaciones y técnica. An Pediatr Contin 2004;2(5):303-306.
41. Toribio R., Reyero M. Aspiración de secreciones por vías orofaríngea y/o nasofaríngea. Hospital Virgen del puerto. 2005: 1-11.
42. Aguilera Pérez, P, Whetsell, MV. La ansiedad en niños hospitalizados. Aquichan [Internet]. 2007;7(2):207-218. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107211>
43. J-Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería Conceptos, proceso y práctica. España; Pearson: 2013.
44. Pineda Pérez Susana, Mena Miranda Vivian, Domínguez Ayllón Yarisa, Fumero Acosta Yeniset. Soporte nutricional en el paciente pediátrico crítico. Rev Cubana Pediatr. 2006;78(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000100009&lng=es.
45. Mondejar J., Jiménez J., Ordóñez J., Caparrós T., García A., Ortiz C., López J. Complicaciones gastrointestinales de la nutrición enteral en el paciente crítico. Med Intensiva 2001;25(4):152-60
46. Cleaves T. Terapia líquida en pediatría. Kev. Med. Hondur. 1975;3..
47. Cámpora H., Falduti A. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. Rev Am Med Resp 2012; 3: 98-107
48. Hernández Y., Linares M., Sánchez Y., BencomoL., Fernández Z. Estado nutricional de los niños ingresados en el Hospital Pediátrico de Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2012; 16(4): 84-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000400010&lng=es
49. Gómez L., Pedrón C., Martínez C. Guía para la Administración y los Cuidados de la Nutrición Enteral a través de Sonda Nasogástrica. 2013; 33-40. Disponible en:
50. https://www.senpe.com/libros/guia_sonda_nasogastrica_vs_2013_12_16.pdf
51. Riopelle L, Grondin L ,Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona .Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana;1993.
52. Florez, C., Romero, A., Higiene del Paciente en Cama. Sevilla. Hospital Universitario “ReinaSofia”; 2010. Disponible en:

https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf

53. Ghazoul, F. Guía Básica Higiene y Cuidado del Cuerpo. Mendoza. 2. Ministerio De Salud – Mendoza. Disponible en:
http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/09/higiene_cuidado_cuerpo.pdf
54. Grupo de Protocolización. Necesidad de Higiene, Cuidados de la Piel y Vestido. 21. Andalucía. 2016. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjfiles/pdf/1364890161.pdf>
55. Ghazoul, F. Guía Básica Higiene y Cuidado del Cuerpo. Mendoza. 2. Ministerio De Salud – Mendoza. Disponible en:
http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/09/higiene_cuidado_cuerpo.pdf
56. Florez, C., Romero, A., Higiene del Paciente en Cama. Sevilla. Hospital Universitario “ReinaSofia”; 2010. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf
57. Ghazoul, F. Guía Básica Higiene y Cuidado del Cuerpo. Mendoza. 2. Ministerio De Salud – Mendoza. Disponible en:
http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/09/higiene_cuidado_cuerpo.pdf
58. Kozier B, Erb G, Olivieri R. Descanso y sueño. En : Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental ,Conceptos ,procesos y práctica.4º ed. Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana;1993:1004 – 1023.
59. Lima G. Lima M. La ansiedad en la hospitalización de los niños: una propuesta para un diagnóstico de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original sept.-oct. 2015;23(5):963-70. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
60. González M. Masaje Infantil. Medicina Naturista, 2007;1 (2): 102-119.

61. Hernández, M. (2010). El canto en la Educación Infantil. ¿Cómo escoger un repertorio adaptado a la fisiología del niño y a su desarrollo vocal? CiDd 171, 1-5.
62. Sánchez m. Fundamentos de la aromaterapia una nueva forma de vida orígenes de los aceites esenciales y fórmulas para uso en el hogar, 2012
63. Gennari V. Aromatherapy, A Lifetime Guide to Healing with Essential Oils, 1996.
64. Riopelle L. Cuidados de enfermería: Aplicación del proceso enseñanza aprendizaje. España; McGraw-hill: 1993.
65. Vargas L. Hipotermia. Archivos de Medicina de Urgencia de México 2009;1 (2): 55-62
66. Correa J. Fiebre en niños. CCAP.2001:17-31.
67. Vademécum.com
68. Ruiz R., Cerón M., Ruiz L., Garcia F., Valle G. Fiebre en Pediatría. Rev Mex Pediatr 2010; 77(1): S3-S8
69. Riopelle L, Grondin L ,Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Mc Graw-Hill-Interamericana. 1993.
70. Molina, M., Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. 2010. Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/12_trastornos_desarrollo_lenguaje_comunicacion.pdf
71. Córdoba P., Coto R., Ramírez M. La comprensión auditiva: definición, importancia, características, procesos, materiales y actividades Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación". 2005;5(1):0-17
72. Gimeno, M., La enfermedad crónica y la familia. Barcelona. Centre Londres 94. 2017. Disponible en: http://www.centrelondres94.com/files/La_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf

73. Apesteguy, M., La Teoría de Apego y su vinculación con la Discapacidad. Montevideo. Universidad de la Republica. 2015. Disponible en:
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg-_la_teor%C3%ADa_de_apego_y_su_vinculacion_con_la_discapacidad.pdf
74. Lázaro A. Aulas multisensoriales y de psicomotricidad. Mira. 2002:208
75. Riopelle L. Cuidados de enfermería: aplicación del proceso enseñanza aprendizaje. España; Mcgraw-hill: 1993.
76. Avila C., Cashat M., Aranda E. Prevalencia de infecciones nosocomiales en niños: encuesta de 21 hospitales en México. Salud Pública de México. 1999;41. Disponible en:
de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4551/5038>
77. Alves V., Junior W., Silva J., Rodrigues S., Azevedo C., Ferreira L. Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 2017;25:e2986
78. Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews: 2014
79. Flores M. Comodidad del Paciente Hospitalizado en un Servicio de Cirugía. Cuando se Proveen Medidas de Comodidad que Involucran a la Familia. Revista actualizaciones en enfermería. 2000; 4(2).
80. Aparicio S., Guadalupe L., Ponce G., Carmona B. Cuidados a la piel del niño y factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión. Enfermería Universitaria, 2010 7(3): 7-15
81. Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana. 1993.
82. Bernal, J., Epelde, A. y Rodríguez, A. La Educación musical en el niño con Necesidades Especiales. 2010; 346:1-4.
83. Sánchez A. Terapia ocupacional y daño cerebral adquirido. Acción psicológica. 2007; 4(3):27-33

84. Riopelle L, Grondin L ,Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Mc Graw-Hill-Interamericana. APEGO, SEGURIDAD EN EL SISTEMA FAMILIAR Y ACTITUDES ANTE LA VIDA.REFERENCIAS BIBLIOGRAFIVAS y finalizando. 2017. International Journal of Developmental and Educational Psychology 252 INFAD 1993. Revista de Psicología. 2010; (2):251-258
85. Riopelle L.,Grondin L.,Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana.1993.
86. Perez R. Apuntes de clase. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. 2013
87. Palomar F., Fornes B., Lucha V., Folgado J. Efectividad de sábanas de cama en pacientes encamados y de apósitos de tela de quitina en el tratamiento tópico perilesional de úlceras cutáneas. Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas.2010; 9: 26-30.
88. Henderson V., Nite G. Enfermería teórica y práctica. Cuidados básicos de enfermería Volumen 2. México: D.F. Ediciones científicas. La prensa Médica Mexicana, S.A. 1988.
89. J-Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería Conceptos, proceso y práctica. España; Pearson: 2013
90. Loening-Baucke V. Incontinencia urinaria e infección del tracto urinario y su resolución con el tratamiento del estreñimiento crónico de la infancia. Pediatrics (ed. esp.). 1997;44:112-116
91. Saz P., Ortiz M., Saz S. Cuidados en el estreñimiento. Medicina Naturista. 2010;4(2):66-73
92. De la Torre L., Hernandez G. Estreñimiento funcional en pediatría. Acta Pediatr Mex 2014;35:411-422.
93. Bautista A. Estreñimiento. An Pediatr Contin. 2011;9(4):201-2008
94. Riopelle L, Grondin L ,Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona .Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana;1993.

95. Pérez E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: cuidados humanizados*.2016; 5(2).
96. Bautista L., Arias M., Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*.2016; 7(2): 1297-1309.
doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
97. Ceballos S. *La importancia de los valores de la familia en México*, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2011. Disponible en:
www.eumed.net/rev/cccscs/12/
98. Villalba M., Cots I., Romero N. ¿Las creencias religiosas condicionan el afrontamiento de la enfermedad y muerte de un familiar?. *Evidentia, Revista de enfermería basada en la evidencia*. 2012;9(39).

XI ANEXO:

Anexo 1: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

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

_____, cuyo Objetivo principal es: _____

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

_____ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes 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: _____

Firma
Nombre del padre o Tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____

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**

ENFERMERÍA INFANTIL

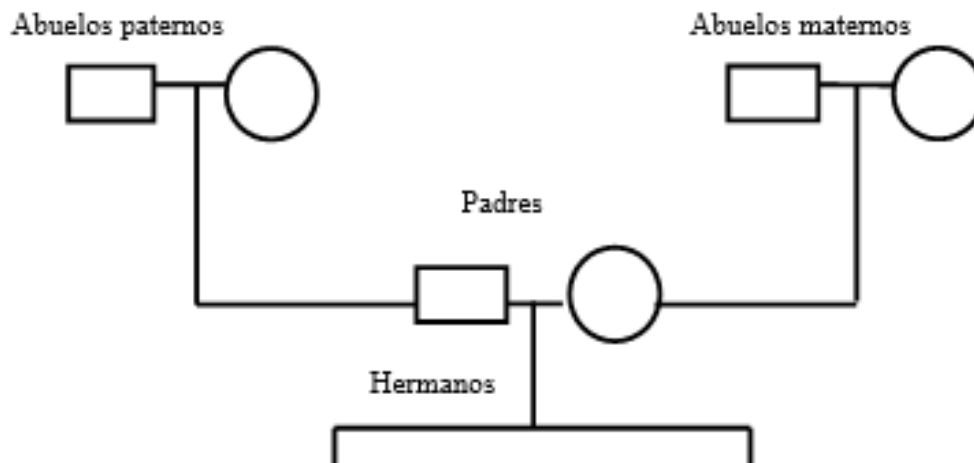
Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

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

Mapa Familiar.

Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva.	Enfermedades

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>
I	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____</p> <p>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>

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

3	Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____
	Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ Disociación <u>toraco bdominal</u> : _____
	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: _____ <u>Rash</u> : _____ Escoriaciones: _____	
Reposo-sueño	
4	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: _____ <u>Imbrincadas</u> : _____	
Vestido	
5	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: _____
Termorregulación	

6	<p>El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____</p> <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: _____ <u>Uraño</u>: _____</p> <p>Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>Condiciones higiénicas de la piel: _____</p>

9	Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____ Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____ Frecuencia del cambio de ropa: _____
10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____ Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____ Los objetos: _____ Animales: _____ Las personas: _____ Juega solo: _____ Con otros niños: _____ Con adultos: _____
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> ¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____ _____
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____ _____ Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ _____ Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____ _____ Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____ Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____ Cómo ha <u>reaccionado</u> el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____ _____ Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____ Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____ El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____

	<p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre del medicamento</th> <th>Dosis</th> <th>Via</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">De qué forma acostumbra a dárselos: _____</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre del medicamento	Dosis	Via	Fecha	De qué forma acostumbra a dárselos: _____			
Nombre del medicamento	Dosis	Via	Fecha						
De qué forma acostumbra a dárselos: _____									
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? _____ _____ ¿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>								
14	<p style="text-align: center;">Realización</p> <p>¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____ _____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____</p> <p>Comparte juguetes: _____</p> <p>Hace amistad con otros niños y adultos: _____</p> <p>Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____ _____</p> <p>Otros datos: _____ _____ _____</p>								

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro:

_____ Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre del _____

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

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

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual).

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

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

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Nombre: _____ Servicio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____

Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL
VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____

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

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Via
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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: 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)

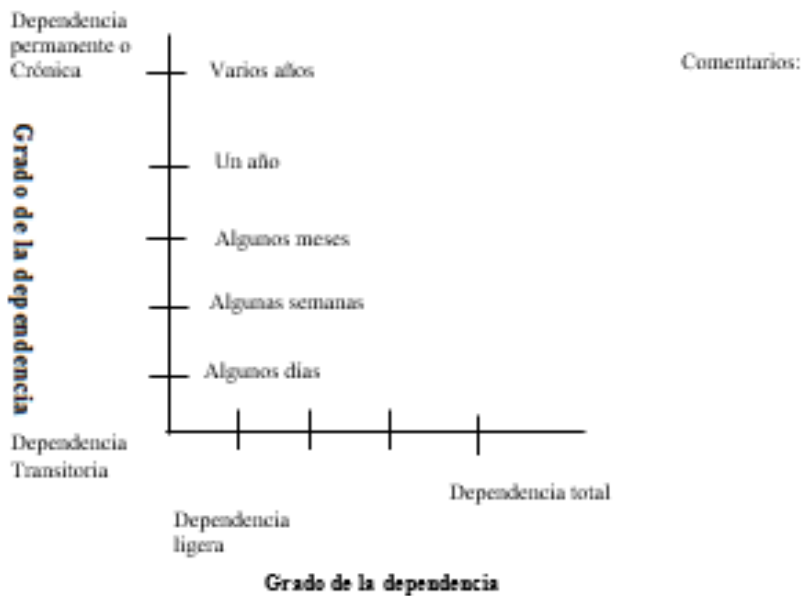
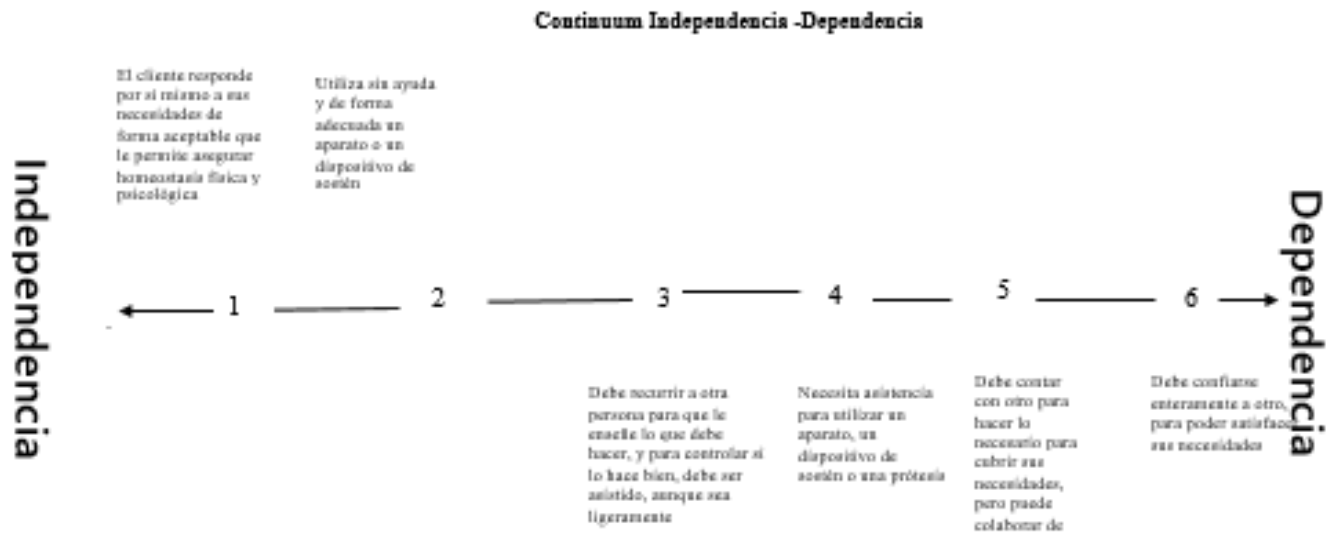
B) Exploración física

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